

UNIVERSITE DE NANCY I

---

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

---

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE DIVERS ASPECTS DE LA POLITIQUE MEDICO-SOCIALE  
A LA REUNION

---

La Sécurité Sociale et son tiers-payant  
Les parasitoses et l' Association réunionnaise  
de l'Education sanitaire et sociale (ARESS)

T H E S E

Pour l'obtention du grade de

Docteur d' Etat

(mention Pharmacie)

Soutenue le samedi 5 février 1977

---

par

André Z A M P I N I

---

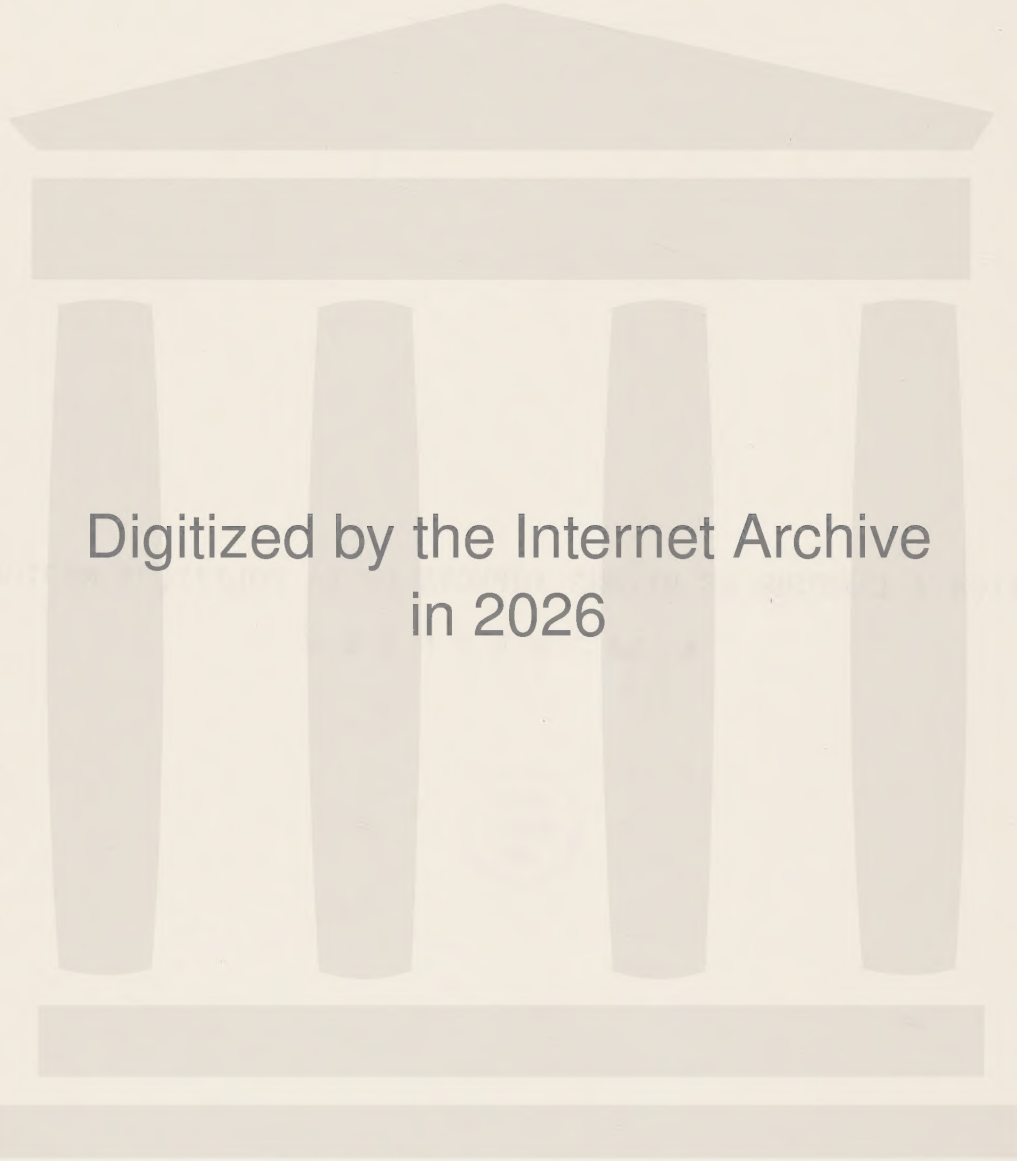
Pharmacien-Conseil

Jury :

Monsieur le Doyen BENE, Président  
Mademoiselle le Professeur GIRARD  
Monsieur le Professeur LEMAY  
Monsieur le Professeur DIXNEUF



CONTRIBUTION A L'ETUDE DE DIVERS ASPECTS DE LA POLITIQUE MEDICO-SOCIALE  
A LA REUNION



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41555016\\_0036](https://archive.org/details/IA41555016_0036)

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



A Monsieur le Doyen BENE

Professeur de biologie à l'Université de NANCY I

Doyen de la Faculté des Sciences pharmaceutiques et biologiques  
qui m'a fait l'honneur de m'accueillir comme élève et d'accepter  
la présidence du jury de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance  
et de mon plus respectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur René LEMAY

Professeur de Droit pharmaceutique à l'Université de NANCY I

qui m'a également fait l'honneur de m'accueillir comme élève et  
qui a bien voulu accepter de juger cet ouvrage.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma gratitude et de ma reconnais-  
sance.

A Mademoiselle le Professeur GIRARD

Professeur à l'Université de NANCY I

et

A Monsieur le Professeur DIXNEUF

Maître de Conférences à l'Université de NANCY I

pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu porter à ce travail en  
acceptant de participer au jury de cette thèse.

Qu'ils trouvent l'expression de mes plus sincères remerciements.



A Monsieur le Docteur GUILBERT

Médecin-Conseil Chef de Service auprès de la Caisse Générale  
de Sécurité Sociale

pour son soutien et sa compréhension, en témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur SETA

Médecin-Conseil auprès de la Caisse Générale de Sécurité Sociale  
pour ses encouragements constants dont je lui sais gré.

A tous ceux qui par leur bienveillante disponibilité m'ont aidé  
dans la réalisation de cette thèse.



A mes Parents.

A Joëlle, ma femme.

A Patrick et Michel



## Principales Abréviations utilisées

|              |                                                                       |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|
| A.F.         | Allocations familiales                                                |
| A.M.E.X.A.   | Assurance maladie, maternité, invalidité des exploitants agricoles    |
| A. M.        | Aide Médicale                                                         |
| A.M.G.       | Aide médicale gratuite                                                |
| A.R.E.S.S.   | Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale             |
| A.S.         | Aide Sociale                                                          |
| A.V.T.S.     | Allocation aux vieux travailleurs salariés                            |
| C.A.         | Conseil d'administration                                              |
| C.A.F.       | Caisse d'allocations familiales                                       |
| C.G.S.S.     | Caisse Générale de Sécurité Sociale                                   |
| C.N.A.M.     | Caisse Nationale d'Assurance Maladie                                  |
| C.N.A.M.T.S. | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés        |
| C.P.A.M.     | Caisse Primaire d'assurance maladie                                   |
| C.R.A.M.     | Caisse régionale d'assurance maladie                                  |
| C.R.A.V.     | Caisse régionale d'assurance vieillesse                               |
| D.O.M.       | Départements d'Outre-Mer                                              |
| M.U.F.A.     | Mutuelle des fonctionnaires et agents de l'Etat                       |
| S.S.         | Sécurité Sociale                                                      |
| T.P.         | Tiers-payant                                                          |
| T.P.S.S.     | Tiers-payant mis en place par la C.G.S.S.                             |
| U.R.S.S.A.F. | Union de recouvrement de sécurité sociale et d'allocations familiales |

---



## P L A N

|                                                                           | Pages |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|
| <u>DEFINITION DU SUJET</u>                                                | 10    |
| <u>P R E M I E R E   P A R T I E   : LA SECURITE SOCIALE A LA REUNION</u> | 11    |
| - <u>INTRODUCTION</u> : Organisation Générale de la Sécurité Sociale      | 11    |
| A - <u>HISTORIQUE</u>                                                     | 11    |
| I - <u>Les sources</u>                                                    | 11    |
| II - <u>Le système actuel</u>                                             | 13    |
| B - <u>ORGANISATION DU REGIME GENERAL</u>                                 | 14    |
| I - <u>Organisation du régime général en 1945</u>                         | 14    |
| a) à la base                                                              | 14    |
| b) sur le plan régional                                                   | 14    |
| c) Outre-Mer                                                              | 14    |
| d) au sommet                                                              | 15    |
| II - <u>Réorganisation du régime général par le décret du 12 mai 1960</u> | 15    |
| III - <u>Réforme du 21 août 1967</u>                                      | 17    |
| a) organisation administrative de l'assurance maladie                     | 16    |
| a1 - la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie                           | 17    |
| a2 - les Caisses régionales d'assurance maladie                           | 17    |
| a3 - les Caisses primaires d'assurance maladie                            | 18    |
| b) tutelle de l'Etat                                                      | 19    |
| b1 - niveau national                                                      | 19    |
| b2 - niveau régional                                                      | 19    |
| 1 - contrôle sur les personnes                                            | 19    |
| 2 - contrôle sur les actes                                                | 19    |
| c) organismes consultatifs et de coordination                             | 20    |
| c1 - Comité Interministériel de Coordination                              | 20    |
| c2 - Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale                           | 21    |

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| c3 - les Commissions Supérieures de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales | 21 |
| c4 - les Comités Départementaux d'Examens                                             | 21 |
| d) organisation de l'assurance vieillesse                                             | 21 |
| e) l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale                               | 22 |
| f) organisation des allocations familiales                                            | 22 |
| <br>C - <u>ORGANISATION DU REGIME AGRICOLE</u>                                        | 22 |
| I - <u>Le champ d'application</u>                                                     | 23 |
| II - <u>L'organisation administrative</u>                                             | 23 |
| III - <u>Le financement</u>                                                           | 24 |
| <br>D - <u>APPRECIATIONS CRITIQUES SUR LA NATURE DES CAISSES</u>                      | 25 |
| I - <u>Organismes privés ayant des prérogatives de la puissance publique</u>          | 25 |
| II - <u>Les conséquences</u>                                                          | 26 |
| a) Relativité des décisions                                                           | 27 |
| a1 - incombant aux conseils d'administration                                          | 27 |
| a2 - incombant aux agents des caisses                                                 | 28 |
| a3 - incombant au contrôle médical                                                    | 29 |
| b) Imprécision des textes                                                             | 29 |
| c) Compensation entre caisses                                                         | 31 |
| III - <u>Avenir des caisses et des professions de "santé"</u>                         | 33 |
| <br><u>CHAPITRE I : LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE (C.G.S.S.)</u>             | 34 |
| A - <u>HISTORIQUE</u>                                                                 | 34 |
| I - <u>Les attributions de la caisse en 1948</u>                                      | 34 |
| II - <u>Les conditions d'affiliation</u>                                              | 35 |
| III - <u>L'administration</u>                                                         | 35 |
| IV - <u>L'unicité de caisse à la REUNION</u>                                          | 36 |
| a) les raisons de ce particularisme                                                   | 36 |
| a1 - considérations géographiques                                                     | 37 |
| a2 - considérations démographiques et sanitaires                                      | 37 |
| a3 - considérations sociales et économiques                                           | 37 |
| b) Problèmes posés par la tutelle                                                     | 38 |
| c) Les difficultés rencontrées                                                        | 38 |
| d) L'exception à cette unicité                                                        | 39 |

## B - ORGANISATION ACTUELLE

I - Rôle du décret du 12 mai 1960

II - Rôle de l'ordonnance du 21 août 1967

III - Statut de la C.G.S.S.

a) attributions

b) administration - b1 - les administrateurs

b2 - le conseil d'administration, son bureau et ses commissions

IV - L'affiliation à la C.G.S.S.

a) l'assujettissement des salariés

b) l'assujettissement des non salariés agricoles

b1 - les bénéficiaires

b2 - les critères d'assujettissement

V - Le budget de la C.G.S.S.

a) origine des ressources

a1 - les cotisations

a2 - les subventions

b) les causes du "déficit"

b1 - les cotisations impayées par les employeurs

b2 - le nombre élevé de bénéficiaires par assuré

b3 - la faiblesse des cotisations moyennes

b4 - le prix élevé des soins dans le département

c) les centres de diagnostic et de soins

C - CAS DE LA M. U. F. A. (Mutuelle des Fonctionnaires et Agents de l'Etat)

I - Le statut

II - Les raisons de ce particularisme

III - Avenir de la M. U. F. A.

.../...

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| - <u>CHAPITRE II : Particularités d'ordre législatif</u><br>concernant les prestations | 53 |
| A - <u>L'ASSURANCE MALADIE</u>                                                         | 53 |
| I - <u>L'ouverture des droits</u>                                                      | 53 |
| a) des prestations en nature                                                           | 54 |
| b) des prestations en espèce                                                           | 54 |
| b1 - au cours des six premiers mois                                                    | 55 |
| b2 - au-delà du sixième mois                                                           | 55 |
| II - <u>La perte de la qualité d'assujetti</u>                                         | 56 |
| III - <u>Les prestations en nature</u>                                                 | 57 |
| IV - <u>Les prestations en espèces</u>                                                 | 57 |
| B - <u>L'ASSURANCE MATERNITE</u>                                                       | 58 |
| I - <u>L'ouverture des droits</u>                                                      | 58 |
| II - <u>Les prestations</u>                                                            | 59 |
| C - <u>L'ASSURANCE VIEILLESSE</u>                                                      | 59 |
| I - <u>Les avantages contributifs</u>                                                  | 59 |
| II - <u>Les avantages non contributifs</u>                                             | 61 |
| a) l'allocation aux mères de famille                                                   | 61 |
| b) l'A. V. T. S. (Allocation aux Vieux Travailleurs                                    | 61 |
| b1 - les modalités d'attribution                                                       | 61 |
| b2 - appréciations critiques                                                           | 62 |
| D - <u>L'ASSURANCE INVALIDITE</u>                                                      | 67 |
| E - <u>L'ASSURANCE ACCIDENT DU TRAVAIL</u>                                             | 67 |
| Incidence de la rente sur la psychologie du                                            |    |
| travailleur.                                                                           | 68 |
| F - <u>LES ALLOCATIONS FAMILIALES</u>                                                  | 70 |
| I - <u>Les prestations</u>                                                             | 70 |
| II - <u>Les allocations familiales proprement dites</u>                                | 70 |
| a) les allocataires                                                                    | 70 |
| b) l'ouverture des droits                                                              | 71 |
| c) le taux des prestations                                                             | 71 |

### III - Le F. A. S. O. : le Fonds d'Action Sociale Obligatoire

- a) les différents domaines d'intervention 74
  - a1 - A.R.F.R.M.O. (Association Réunionnaise pour la Formation Rationnelle de la Main d'Oeuvre) 74
  - a2 - A.R.F.U.T.S. (Association Réunionnaise pour la Formation et l'Utilisation des Travailleurs Sociaux) 74
  - a3 - A.R.O.F. (Association Réunionnaise d'Orientation Familiale) 74
  - a4 - les cantines scolaires 74
- b) appréciations critiques du système 74

### - CHAPITRE III : Particularisme de conception locale : le Tiers-Payant Réunionnais 74

#### INTRODUCTION 74

- 1 - Définition générale 74
- 2 - Bases juridiques du tiers-payant 74
- 3 - Diverses formes de tiers-payant 80
- 4 - Orientation nationale 80

#### A - APPROCHE DE L'HISTORIQUE DU TIERS-PAYANT A LA REUNION 80

##### I - Contexte social ayant présidé à la naissance du tiers-payant 80

##### II - Mise en place du système Tiers-Payant Sécurité Sociale (T. P. S. S.) 80

- a) Premières initiatives dès 1955 84
  - a1 - initiatives préfectorales 85
  - a2 - initiatives de la Caisse Générale de Sécurité Sociale 86
  - a3 - refus du ministère 88
  - a4 - acquis de cette aventure 86
- b) Mise en place du 2ème système en 1957 90
  - b1 - facteurs ayant rendu possible la signature d'une convention Caisse Générale de Sécurité Sociale - Aide Médicale 90
  - b2 - la convention 91
  - b3 - critique de cette convention 92
    - 1 - sur la forme 92
    - 2 - sur le fond 92



|                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| b) - l'assuré-assisté "tire les bons"                                                                                      | 114 |
| b1 - le correspondant local                                                                                                | 114 |
| b2 - propositions destinées à diminuer<br>les imperfections du Tiers-Payant<br>Sécurité Sociale à ce niveau                | 116 |
| 1 - sélection et formation plus<br>rigoureuse des correspondants<br>locaux                                                 | 116 |
| 2 - rôle des enquêteurs de la Caisse<br>Générale de Sécurité Sociale                                                       |     |
| b3 - les "bons"                                                                                                            | 117 |
| c)-devenir des bons                                                                                                        | 118 |
| c1 - période des soins                                                                                                     | 118 |
| c2 - expédition des mémoires mensuels<br>aux organismes payeurs                                                            | 118 |
| c3 - la difficulté du contrôle                                                                                             | 119 |
| d) quelques exemples d'anomalies... et de<br>rumeurs se développant à ce sujet                                             | 120 |
| d1 - niveau médecin                                                                                                        | 120 |
| d2 - niveau infirmier                                                                                                      | 124 |
| d3 - niveau dentaire                                                                                                       | 125 |
| d4 - niveau pharmacie                                                                                                      | 129 |
| III - <u>Liaison Sécurité-Sociale-Aide Médicale</u><br><u>relative au Tiers-Payant Sécurité Sociale</u>                    | 127 |
| a) les dispositions légales concernant<br>cette liaison                                                                    | 127 |
| b) les dispositions réglementaires                                                                                         | 130 |
| c) critique de la solution Réunionnaise                                                                                    | 131 |
| c1 - sur ses origines                                                                                                      | 131 |
| c2 - sur sa propension à accroître<br>les dépenses de santé                                                                | 132 |
| 1 - assistés privilégiés                                                                                                   | 132 |
| 2 - assistés qui coûtent cher                                                                                              | 132 |
| 3 - les conventions Direction<br>de l'Action Sanitaire et<br>Sociale-praticiens au bénéfice<br>de l'Aide Médicale Gratuite | 133 |
| 4 - l'hospitalisation                                                                                                      | 134 |
| 5 - les médicaments                                                                                                        | 135 |
| 6 - réflexions tirées de ces faits                                                                                         | 135 |
| c3 - sur les difficultés de coordination<br>entre les deux organismes                                                      | 136 |

IV - Part des systèmes de Tiers-Payant dans les dépenses de santé à la REUNION

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| a) préambule                                                                    | 137 |
| b) part des différents actes                                                    | 137 |
| b1 - les actes médicaux                                                         | 139 |
| b2 - les actes de radiologie (actes en Z)                                       | 140 |
| b3 - les actes de biologie (actes en B)                                         | 141 |
| b4 - les actes des auxiliaires médicaux                                         | 143 |
| c) part des médicaments                                                         | 144 |
| d) part de l'hospitalisation                                                    | 146 |
| d1 - les données                                                                | 146 |
| d2 - les causes de la tendance à hospitaliser les bénéficiaires du Tiers-Payant | 150 |

V - Appréciation critique du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 1972 relatif au tiers-payant et à l'exonération du ticket modérateur

|                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| a) la remise en cause des deux freins traditionnels                                                                   | 153 |
| b) remarques sur la méthodologie de l'enquête                                                                         | 154 |
| c) critique des conclusions de l'enquête                                                                              | 157 |
| c1 - relative à l'excès de confiance à l'égard des premiers actes médicaux encore appelés "prévention par la dépense" | 156 |
| c2 - relative aux modalités et à l'étendue de la couverture des soins                                                 | 157 |

Conclusion

160

# DEUTERONOME PARTIE - CONTENU - A L'ETUDE DES PARASITOSEs INTESTINALES A LA REUNION

## - INTRODUCTION

Rappels sur les divers parasites proliférant dans le département

### A - LES NEMATODES

a) les Nématodes à contamination orale

1 - *Trichuris trichiura*

2 - *Ascaris lumbricoïdes*

3 - *Enterobius vermicularis*

b) les Nématodes à contamination cutanée

1 - *Strongyloïdes stercoraris*

2 - *Ancylostoma duodenale*

### B - LES PROTOZOAIRES

a) *Entamoeba histolytica*

b) *Giardia intestinalis*

## Evaluation des parasitoses intestinales

1 - bref historique

2 - la méthode employée

3 - fréquence et structure des parasitoses

4 - influence de la situation géographique  
du laboratoire sur la fréquence des  
parasitoses diagnostiquées

5 - influence du laboratoire sur les résultats

6 - les associations parasitaires

7 - influence de l'âge sur les parasitoses

8 - comparaison avec les chiffres obtenus  
lors d'enquêtes antérieures

## Conclusion

L'Action menée par l'A. R. E. S. S. (Association Réunionnaise  
d'Education Sanitaire et Sociale)

## CONCLUSION

|                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A- <u>Synthèse</u>                                                                                                                                                             | 187 |
| B -Hypothèses et propositions pour une réforme du système de Tiers Payant Sécurité Sociale dans le cadre de la loi du 4 juillet 1975 tendant à généraliser la Sécurité Sociale | 192 |
| I - <u>Raisons d'une telle extension et hypothèses sur la future législation</u>                                                                                               | 193 |
| a) - Les Raisons                                                                                                                                                               | 193 |
| b) - Les Hypothèses                                                                                                                                                            | 195 |
| b1 - l'Aide Sociale cotise aux lieu et place des assistés                                                                                                                      | 195 |
| b2 - les bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite seront assurés par l'Aide Sociale qui règlera elle-même le ticket modérateur                                                | 201 |
| b3 - les bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite seront assurés par l'Aide Sociale y compris pour le ticket modérateur                                                       | 201 |
| b4 - l'application de la nouvelle législation entraîne à la REUNION une réforme du Tiers-Payant Sécurité Sociale                                                               | 206 |
| II - <u>Propositions pour une réforme du système Tiers-Payant Sécurité Sociale</u>                                                                                             | 206 |
| a) - Mesures que le Conseil d'Administration de la Caisse Générale de Sécurité Sociale doit susciter                                                                           | 207 |
| a1 - des cotisations qui tiendraient réellement compte de l'état de santé de la population                                                                                     | 208 |
| a2 - la modification de la composition des commissions d'admissions                                                                                                            | 208 |
| a3 - le maintien des dispositions qui s'appliquaient à l'Aide Médicale Gratuite                                                                                                | 208 |
| a4 - l'adaptation de la législation sociale métropolitaine aux réalités des Départements d'Outre-Mer                                                                           | 211 |

- b) - Mesures que le Conseil d'Administration de la  
Caisse Générale de Sécurité Sociale et la  
Direction Départementale de la Sécurité  
Sociale devront prendre 210
- b1 - suppression du bénéfice du système Tiers-  
Payant Sécurité Sociale de tous les assistés  
pour ordre. 210
- b2 - suppression du tiers-payant médical
- b3 - création de centres de diagnostic et de  
soins obéissant à une finalité précise 211

## ANNEXES

## BIBLIOGRAPHIE

oooooOooooo

## D E F I N I T I O N   D U   S U J E T

La départementalisation de l'île a entraîné l'application quasi intégrale de la législation sociale métropolitaine. Seuls quelques aménagements, insuffisants au regard des problèmes socio-économiques du département, y furent intégrés.

Cette adaptation superficielle des textes aux réalités Réunionnaises a très certainement amené les responsables locaux à concevoir dans le cadre législatif des structures plus ou moins originales, plus ou moins heureuses, voire plus ou moins légales.

L'étude poursuivie dans ce travail consiste essentiellement à décrire le régime de sécurité sociale, en particulier le fonctionnement et les attributions de la Caisse Générale de Sécurité Sociale ; puis à répertorier et analyser les diverses particularités d'ordre législatif ainsi que les particularismes de conception locale (tiers-payant et A. P. E. S. S.) liés au système.

Enfin, puisque l'étude de ces derniers, notamment de l'A. P. E. S. S., nous conduit hors de la Sécurité Sociale, vers le système sanitaire et social en vigueur dans le département, nous aborderons, dans une courte deuxième partie, l'étude de l'endémie parasitaire qui fut à l'origine de la création de l'A. P. E. S. S., et dont l'évolution justifie depuis lors cette création.

En outre, cette étude illustre a posteriori l'argumentaire développée au cours du chapitre relatif au Tiers-Payant.

P R E M I E R E   P A R T I E

---

LA SECURITE SOCIALE A LA REUNION

oooo0oooo



## I N T R O D U C T I O N

### ORGANISATION GENERALE DE LA SECURITE SOCIALE

#### A - HISTORIQUE

##### I - Les sources

La Sécurité Sociale d'aujourd'hui a trouvé ses sources profondes dans le besoin de protection et de sécurité qui est habituel à l'homme. De tout temps, dans tous les pays, celui-ci a tenté par des moyens variés (clans, familles, charité) de satisfaire ce besoin.

Les mesures de protection sociale adoptées dès le début du XXe siècle forment le tissu de l'actuelle S.S. Mais ce n'est qu'en 1930 qu'une loi a institué un premier système généralisé et obligatoire d'assurances sociales couvrant les risques maladie, invalidité, vieillesse ou décès.

Ce système, ancêtre du régime actuel était financé par des cotisations réparties équitablement entre l'employeur et le salarié.

.../...

## II - Le système actuel

Il a pris naissance avec les ordonnances d'octobre 1945. Celle du 4 portait organisation de la Sécurité Sociale, celle du 24 instituait la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

Cette création avait essentiellement pour but de remédier aux multiples inconvénients du système précédent, notamment à la pléthore des organismes gestionnaires qui se juxtaposaient et se superposaient : on ne comptait pas moins de 727 caisses d'assurances sociales.

Le régime de 1945 se caractérise donc par l'affirmation de principes fondamentaux et simplificateurs, desquels résultent des modifications de structure très importantes :

- Généralisation de la S.S. à l'ensemble de la population.
- Unité de la législation regroupant les différentes formes de protection sociale considérées auparavant comme indépendantes (assurances sociales, allocations familiales et accidents du travail).
- Gestion du système par des conseils d'administration composés en majorité de représentants des bénéficiaires.
- Organisation fondée sur le principe de la Caisse unique pour une circonscription déterminée.

Cependant, l'application de tels principes s'est heurtée à de vives résistances ; l'organisation unique pour l'ensemble des salariés n'est pas devenue une réalité. A côté du régime général, coexistent divers régimes dits particuliers ou spéciaux.

La généralisation de la S.S. à l'ensemble de la population n'est pas encore totalement réalisée bien que la loi n° 75 574 du 4 juillet 1975 tende au but pour 1978.

## B - ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL

---

Le système créé en 1945 a été réorganisé une première fois par le décret du 13 mai 1960 avant de subir les profondes modifications apportées par l'ordonnance 67-700 du 21 août 1967.

Décrivons chronologiquement la structure du système tel qu'il a évolué depuis 1945.

### I - Organisation du régime général en 1945

Elle se présente schématiquement de la façon suivante :

a) - À la base les Caisses Primaires chargées de la gestion des risques de courte durée : maladie, maternité et décès- et du recouvrement des cotisations.

b) - Sur le plan régional, les Caisses Régionales assurent la gestion des risques à caractère permanent. Dans chacune des 16 régions on trouve : - une Caisse Régionale d'Invalidité  
- une Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse  
- une Caisse d'Allocations Familiales

c) - Outre-Mer, dans chacun des quatre départements, MARTINIQUE, GUADELOUPE, GUYANE et RÉUNION, est créée une Caisse Générale de Sécurité Sociale qui a toutes les attributions des différentes Caisses métropolitaines : Caisse Primaire, Caisses Régionales et Caisse Allocations Familiales. Leur compétence s'étend en outre aux professions agricoles.

d) - Au sommet, un établissement public <sup>(1)</sup> : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Elle gère les fonds nationaux de chacun des risques et assure la compensation financière entre ceux-ci.

Les différentes caisses ont à leur tête un conseil d'administration dont les membres, élus pour 5 ans, représentent pour les 3/4 les salariés de la circonscription et pour le 1/4 restant les employeurs.

## II - Réorganisation du régime général par le décret du 12 mai 1960

La gestion des risques invalidité, accident du travail et maladies professionnelles est transférée des C. R. A. M aux C.F.A.M.

Dans le même temps les C. R. A. M et les C. R. A. V. d'une même circonscription fusionnent, à l'exception de celle de STRASBOURG et de PARIS.

En outre, la compensation des charges est transférée du niveau régional au niveau national tandis que la création d'U.R.S.S.A. est rendue obligatoire.

Les attributions des C. G. S. S. des D. O.M. et de la Caisse Nationale restent inchangées à cette date.

## III - Réforme du 21 août 1967

L'évolution défavorable des dépenses de l'assurance maladie a incité le gouvernement à prendre des mesures rapides qui ont fait l'objet des ordonnances du 21 août 1967 ratifiées par la loi du 31 juillet 1968.

.../...

(1) Toutes les autres caisses sont des organismes de droit privé, régis par le statut de la mutualité, qui gèrent, sous la tutelle du ministre chargé de la H.S., un ou vice public.

Voir page 16 et suivantes, page 25 et suivantes.

La réforme, sans modifier les principes fondamentaux du régime général a pour but essentiel de rétablir son équilibre financier. Pour ce faire les ordonnances ont modifié très profondément la structure administrative :

- Création de trois Caisses Nationales gérant distinctement les trois branches maladie <sup>(1)</sup>, allocations familiales et assurance vieillesse.

- Désignation et composition des conseils d'administration établis selon des critères différents :

- les administrateurs proposés par les organisations syndicales, patronales et ouvrières sont nommés par décret,

- les représentants des salariés ne sont plus en majorité, la parité est instaurée avec les organisations patronales.

a) - Organisation administrative de l'Assurance Maladie

Elle est hiérarchisée et structurée d'une façon qui s'apparente beaucoup aux différentes administrations françaises, à savoir :

- une instance nationale avec la C. N. A. M.
- des instances régionales avec les C. R. A. M.
- des instances départementales avec les C. P. A. M.
- dans les D. O. M. une administration originale avec les C. G. S. S..

Les conseils d'administration (exception faite des C.G.S.S.) sont tous composés de 18 membres avec voix délibératives :

- les 9 représentants des salariés sont désignés par les organisations syndicales nationales les plus représentatives,

.../...

(1) Les risques maternité, invalidité, décès, accident du travail et maladies professionnelles relèvent également de cette branche.

ceux des employeurs sont nommés par la Confédération Nationale du Patronat Français.

Le Président est élu parmi et par les administrateurs.

Dans ces conseils peuvent intervenir des membres ayant voix consultative notamment les trois présidents des commissions médicale, pharmaceutique et dentaire instituées auprès de chaque caisse d'assurance maladie.

a) - La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

- assure sur le plan national en deux gestions distinctes le financement et l'équilibre financier d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et d'autre part, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- exerce une action sanitaire et sociale.

- attribue les dotations aux C. R. A. M., aux C. P. A. M. et aux C. G. S. S.

- contribue à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

- organise et dirige le Contrôle Médical qui devient un service de la C. N. A. M. <sup>(1)</sup>

- conclut des conventions nationales avec les syndicats les plus représentatifs des praticiens, infirmiers, dentistes, sages-femmes.

Pour assumer sa mission, la C. N. A. M. dispose d'un pouvoir d'inspection à l'égard des C. P. A. M. et des C. R. A. M. Elle peut se substituer à un conseil d'administration pour ordonner les mesures qu'elle estime nécessaire au rétablissement de la situation financière de la caisse en difficulté.

.../...

(1) Ce rôle était attribué auparavant aux C.R.A.M. ou aux C.G.S.S.

## a2 - Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie

Au nombre de 16, elles sont chargées :

- d'organiser et de diriger le service social pour l'ensemble de la région.
- de promouvoir et de coordonner la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles.
- de payer les arrérages des pensions d'invalidité et des rentes accidents du travail pour le compte des C. P. A. M.
- de déterminer le taux des cotisations accident du travail.
- d'effectuer les tâches d'intérêt commun aux C. P. A. M. de la Région.

## a3 - Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Elles s'occupent :

- de l'immatriculation des assurés.
- de la gestion des risques maladie, maternité, décès.
- de la gestion des risques invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles.
- de l'action sanitaire et sociale en faveur des assurés.
- de la conclusion éventuelle, d'accords complémentaires à la Convention Nationale avec les syndicats départementaux de praticiens.

Il existe au moins une Caisse Primaire par département.

.../...

## b) - Tutelle de l'Etat

Il est impossible de traiter de l'organisation de l'assurance maladie sans évoquer la tutelle qu'exerce l'Etat sur tous les organismes de S.S. en général, et sur l'assurance maladie en particulier. Cette tutelle est pleinement justifiée si l'on considère le rôle d'intérêt national et le budget considérable de la S.S.

En ce qui concerne le régime général, la tutelle exercée par le ministère chargé de la S. S. se situe à deux niveaux :

### b1 - Niveau national

Il existe tout d'abord deux directions :

- la Direction de la Sécurité Sociale
- la Direction de l'Action Sociale

On trouve ensuite l'Inspection Générale des Affaires Sociales qui est chargée du contrôle supérieur de tous les organismes placés sous l'autorité du ministre. Elle a le libre accès dans les divers organismes participant au fonctionnement des différents régimes de S. S.

### b2 - Niveau Régional

Les 16 Directions Régionales de la S. S. ont pour rôle de prolonger sur leur région l'action du ministère notamment en matière de contrôle.

Ce contrôle s'exerce soit sur les personnes, soit sur les actes.

#### 1 - Contrôle sur les personnes

Les directeurs régionaux exercent leur pouvoir sur les agents de direction des caisses qu'ils agréent et sur les membres des conseils d'administration.

#### 2 - Contrôle sur les actes

Il a lieu soit sur place, soit sur pièces.

.../...

- Contrôle sur place

A cet effet, un corps d'inspecteurs procède sur place à toutes enquêtes leur permettant de s'assurer que les organismes appliquent rigoureusement les textes législatifs en vigueur et les instructions qui en découlent.

- Contrôle sur pièces

Les décisions des conseils ainsi que celles prises par les commissions de recours gracieux, doivent être communiquées immédiatement à la direction régionale.

Dans les huit jours qui suivent le directeur régional peut suspendre l'exécution des décisions qui lui paraissent soit contraire à la loi, soit de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

Par ailleurs, les C. P. A. M. et les C. R. A. M. subissent la tutelle de la C. N. A. M., les U. R. S. S. A. F. subissent le contrôle de l'A. C. O. S. S. (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale).

c) - Organismes consultatifs et de coordination

Comme leurs noms l'indiquent, ils ont uniquement un rôle consultatif et de coordination à l'égard des divers organismes de gestion.

c1 - Comité Interministériel de Coordination

Il étudie les questions présentant un intérêt commun aux différents régimes de S.S. et assure la coordination entre ces régimes.

.../...

c2 - Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale

Il a pour tâche de "définir l'orientation générale du contrôle exercé par les médecins-conseils et d'établir les directives techniques nécessaires au fonctionnement du Contrôle Médical".

c3 - Les Commissions supérieures de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales

Elles sont chargées d'émettre un avis sur les questions dont elles sont saisies par le ministre chargé de la S.S.

c4 - Les Comités Départementaux d'Examens

Leur fonction est :

- de donner à l'autorité de tutelle un avis sur la gestion de l'organisme.

- d'adresser annuellement à la Cour des Comptes des rapports sur la gestion financière des organismes de S. S.

d) - Organisation de l'Assurance Vieillesse

La gestion de l'assurance vieillesse de l'ensemble des travailleurs salariés du territoire métropolitain est confiée à une Caisse Nationale qui a pour attributions :

- de surveiller l'équilibre des recettes et des dépenses.

- d'assurer le versement des prestations d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

- d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants.

.../...

22

e) - L'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale

Afin de ne pas briser l'unité du régime général de la S. S., l'ordonnance du 21 août 1967 a créé une Agence Centrale, chargée de la gestion de la trésorerie commune aux trois caisses nationales.

C'est également un établissement public national qui jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

f) - Organisation des Allocations Familiales

Jusqu'en 1973 les Allocations Familiales faisaient partie intégrante de la C.G.S.S. Elles constituent dans les D.O.M. une des structures originales (1).

Les organismes de cette branche comprennent :

- la Caisse Nationale d'Allocations Familiales
- les C. A. F. Il en existe au moins une par

département.

La Caisse Nationale d'Allocations Familiales a pour attributions essentielles d'assurer le financement des divers régimes de prestations familiales des salariés de toutes professions, des travailleurs indépendants et employeurs des professions non agricoles.

Leurs conseils d'administration sont composés de 20 membres.

C - ORGANISATION DU REGIME SPECIAL AGRICOLE

Son existence a été consacrée par les décrets-lois des 26 et 30 octobre 1935. Son particularisme, issu de raisons sociologiques, économiques, techniques et démographiques, découle du monde rural

.../...

(1) Voir page 70 et suivantes.

où l'opposition employeur-employé est fortement atténuée et où la tradition mutualiste a toujours été vivace.

## I - Le champ d'application

Géré par la Mutualité Sociale Agricole, il est délimité par la notion de profession agricole. On y retrouve la distinction employeurs-salariés, mais, fait essentiel, il y a quasiment équivalence dans les prestations servies aux uns et aux autres.

. Par salarié on entend : salarié des exploitations ou des entreprises relevant des professions agricoles mais aussi les petits métayers.

. Pour les exploitants intervient un critère original : celui de "l'exploitation type" qui est variable en fonction des particularités et des conditions de travail du département.

L' A. M. E. X. A. (Assurance Maladie Maternité Invalidité des Exploitants Agricoles), établie en 1961 ne couvre pas les risques accidentels ni les prestations en espèces.

## II - L'Organisation administrative

L'organisation de la mutualité sociale agricole est fondée sur la représentation professionnelle et la décentralisation des organismes. L'on y retrouve le principe de la caisse de base unique, contrôlée par des caisses nationales et soumises à la tutelle du ministère de l'Agriculture par l'intermédiaire de l'Inspection des Lois Sociales en Agriculture.

.../...

Sur le plan départemental une caisse de mutualité sociale agricole assure la gestion des risques suivants :

- Assurances sociales agricoles des salariés
- Assurance Vieillesse des exploitants
- Prestations familiales agricoles
- A. M. E. X. A.

Au niveau national, trois caisses centrales fédèrent les caisses de mutualité sociale agricole.

1 - La Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles

Elle a compétence générale pour ce qui concerne les assurances sociales agricoles et procède à l'immatriculation des assurés sociaux agricoles.

2 - La Caisse Centrale d'Allocations Familiales Mutuelles Agricoles

Elle assure, en plus du rôle habituel des caisses nationales, la compensation des charges.

3 - La Caisse Centrale d'Assurance Vieillesse Mutuelles Agricoles.

Ces trois caisses centrales sont administrées par un même conseil d'administration. Elles s'insèrent elles-mêmes, dans un ensemble plus vaste où nous retrouvons les "Mutualistes 1900" chargées de la protection économique (accidents, incendies, grêle, bétail) pour former l'Union des Caisses Centrales de la Mutualité Agricole.

### III - Le financement

Les dépenses de gestion et d'action sanitaire sont équilibrées par les contributions des agriculteurs ; par contre les dépenses

.../...

de prestations ne sont équilibrées que grâce à une participation financière extérieure au milieu agricole : à savoir le Budget Annexe des Prestations Sociales Agricoles.

La contribution directe de la profession se fait sous la forme de cotisations dont l'assiette originale est le revenu cadastral des exploitations.

Pour un adhérent la cotisation se décompose en :

- cotisation "technique" demandée à la profession et destinée à couvrir les prestations légales,
- cotisations "complémentaires" destinées à couvrir les dépenses de gestion et d'action sanitaire et sociale. Seuls les exploitants et assimilés en sont redevables.

## D - APPRECIATION CRITIQUE SUR LA NATURE JURIDIQUE DES CAISSES =====

### DE S. S. =====

#### I - Organismes privés ayant des prérogatives de la puissance publique

Après avoir exposé la structure administrative des différents organismes de S. S. il convient de préciser leur nature juridique.

La meilleure définition que l'on puisse trouver est encore celle qui en fut donnée par un arrêt du Conseil d'Etat du 13 mai 1938 et qui fut reprise par la Cour de Cassation dans un arrêt du 17 septembre 1941 : les organismes de sécurité sociale sont des "organismes privés chargés de la gestion d'un service public".

Effectivement, les caisses sont tout d'abord des organismes privés. Elles fonctionnent conformément aux dispositions du code de la mutualité qui précise en son article 1er :

.../...

"les sociétés mutualistes sont des groupements qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, de solidarité ou d'entraide..."

En outre, les conditions de travail du personnel sont fixées par des conventions collectives.

Organismes privés, les caisses n'en assument pas moins la gestion d'un service public qui se reconnaît à l'ampleur de leurs missions, au caractère d'ordre public de la législation S. S. et à l'importance des fonds qu'elles gèrent.

Pour mener à bien leur action, elles bénéficient de prérogatives mais en contre partie, elles subissent la tutelle administrative de l'Etat.

## II - Les Conséquences

Cette nature juridique hybride, mi privée mi publique paraît de prime abord logique et fort séduisante.

Néanmoins, elle ne procure pas à la S. S. la position de force qu'on a vraisemblablement voulu lui attribuer. Elle lui enlève, au contraire, la combativité des organismes privés, en particulier sur le plan de la gestion, sans lui fournir pour autant la puissance de la force publique. Ainsi quand il s'agit d'établir des conventions avec les professions de santé, l'Aide Sociale, organisme public, peut passer au niveau départemental des conventions qui lui sont très favorables<sup>(1)</sup>. La S. S. ne possède pas ce pouvoir, elle est soumise aux textes ministériels !

Le souci d'une gestion rigoureuse qui prévaut dans le secteur privé est la plupart du temps absent des caisses de S. S. ; certains faits d'apparence anodine peuvent alors prendre des proportions inquiétantes.

.../...

(1) Voir à ce sujet page 133.

### a) - Relativité des décisions

Si l'on ne peut qu'être d'accord sur le principe général de décentralisation, il apparaît normal d'être réservé sur l'application qui en est parfois faite dans le cadre de la S. S. par les directions et les conseils d'administration.

En effet, malgré l'existence de la tutelle cette décentralisation de la décision va souvent de pair avec une distorsion dans les prestations qui est souvent à l'origine d'injustices parfois importantes à l'égard des assurés assujettis à des régimes différents ou pire, à l'égard d'assurés d'un même régime affiliés à des caisses différentes.

### a1 - Incombant aux conseils d'administration

L'administration des caisses par un conseil d'administration présente des avantages certains de démocratie et de participation des intéressés à la gestion mais elle recèle également des inconvénients.

On n'exige des administrateurs aucune garantie sur leurs compétences personnelles à exercer ce type de fonction. A l'heure du "management", des méthodes modernes de gestion, certains d'entre eux ne possèdent que de vagues notions sur le sujet et ne sont pas entourés des spécialistes économiques, financiers, voire juridiques, qui existent dans les entreprises privées de bien moindre importance. (Sur le plan financier, le régime général apparaît comme la plus grande des entreprises françaises).

Un tel système n'est sûrement pas idéal. Du reste, il semble être atteint des mêmes défauts que le système du jury des tribunaux ; ces jurys sont certes constitués de gens de bonne volonté mais leurs compétences juridiques, intellectuelles, culturelles ou humaines n'ayant pas été particulièrement requises, risquent de faire cruellement défaut au moment opportun.

La réforme de 1967, inspirée du système Allemand, instaure au sein des conseils d'administration la parité entre les représentants des employeurs et des salariés. Auparavant, une nette tendance à se montrer prodigue avec les fonds de la S. S. prévalait. On se préoccupait davantage des intérêts à court terme des assurés que de leurs intérêts à long terme.

Depuis, sans que cette tendance se soit renversée, elle s'est estompée et l'on admet plus aisément que si l'assuré et les professions médicales ont des droits, ils ont également des devoirs.

Cependant, il existe toujours des services d'administration dont les commissions de recours gracieux sont la plupart du temps favorables aux assurés en dépit de la légalité. Ainsi certains acceptent de rembourser les analyses biologiques effectuées ou facturées d'une façon excessive, en égard à la nomenclature, ou encore les médicaments délivrés abusivement - non prescrits ou cédés pour des périodes allant de un mois à un an - sans récupérer le trop perçu auprès des pharmaciens.

## a2 - Incombehant aux agents des caisses

Le manque d'économistes, de gestionnaires et de juristes se retrouve également au niveau des agents des caisses, lesquelles ont l'ambition de former intégralement leurs propres cadres, depuis les informaticiens jusqu'aux chefs de service du contentieux. La même volonté d'appliquer les textes afin de préserver les intérêts de la S. S. et de ses assurés n'est pas toujours présente.

Ainsi, certaines caisses refusent systématiquement tout contrôle pharmaceutique et biologique ou ne tiennent pas compte, ce qui revient au même, des avis formulés par celui-ci. Elles préfèrent payer, ce qui entraîne moins de contestations et moins de problèmes <sup>(1)</sup>.

.../...

(1) En vacances en Métropole, un laboratoire me facture pratiquement le double du tarif correspondant aux examens prescrits. La différence était due à des cotations excessives, à des examens non demandés et parfaitement inutiles. J'exigeais le remboursement du trop perçu, le directeur du laboratoire n'y consenti qu'avec mauvaise grâce car il prétendait ne jamais avoir de difficultés pour de semblables cotations avec la caisse du lieu.

### a) - Incombrant au contrôle médical

Pour des raisons identiques, le contrôle médical concourt lui aussi à une distorsion entre les prestations servies. Tel examen de biologie, hors nous clature, refusé le plus normalement ici est accordé là, avec l'avis favorable du contrôle médical. Tel assuré se voit refuser l'inaptitude au travail qui lui aurait été accordée ailleurs...

Heureusement, si l'on peut dire, ces injustices sont d'autant plus supportables que dans la majorité des cas elles sont méconnues des victimes qui, ignorant leurs droits, n'ont pas la possibilité d'aller vérifier dans une autre caisse comment leurs remboursements eussent été effectués...

En effet un danger réel et actuel de la S. S. est l'ampleur que prend la "bureaucratie".

Selon le rapport du Conseil Economique et Social du 19 janvier 1974, sur les problèmes posés par la S. S. cette bureaucratie en s'étendant : "...risque de faire perdre à la S. S. ses finalités humaines. Ce danger est d'autant plus grand que la réglementation s'est compliquée à l'excès. Les constantes améliorations apportées aux législations sociales ont, en effet, tissé un filet de complications tel qu'aucun bénéficiaire n'est désormais en mesure de vérifier ses droits ou ses obligations".

Ce rapport conclut en indiquant : "une simplification des procédures devrait permettre d'alléger le coût des caisses et d'éviter une désaffection du système qui est déjà amorcée".

### b) - Imprécision des textes

Les prestations servies aux assurés sont parfois dégradées en qualité par l'imprécision ou l'absence de textes sur tel ou tel sujet.

Est-il normal qu'un assuré n'ayant jamais entendu parler de biologie soit obligé de prendre à sa charge les abus de tarification et d'exécutions ?

.../...

Les caisses ne devraient-elles pas avoir le pouvoir de rembourser intégralement l'assuré et de se retourner ultérieurement contre le praticien ou le fournisseur pour récupérer le trop perçu ? Ne conviendrait-il pas de rendre ce processus obligatoire et de le généraliser à l'ensemble des prestations ?

Sur un autre plan, mais dans le même ordre d'idées, la convention nationale des médecins prévoit qu'en cas de dépassement de tarifs ou tout autre abus, les médecins s'éloignant du "profil médical" seront déconventionnés. L'article 28 traite des conséquences de la non application des règles, il est clair et imprécis tout à la fois :

"Les caisses peuvent signifier à un praticien leur décision de ne plus se placer à son égard sous le régime de la présente convention dans les cas prévus aux articles 15 paragraphe 4 " (échec constaté de l'autodiscipline) "et 17" (dépassements fréquents et répétés).

Cet article est imprécis car il laisse -volontairement ?- dans l'ombre les degrés dans les sanctions à employer contre le médecin en cause : il ne prévoit pas de déconventionnement limité dans le temps adapté à la gravité de la faute commise : le médecin doit être définitivement exclu de la convention. (C'est ainsi que le conseil d'administration de la C.G.S.S. ayant pris une décision d'exclusion pour une durée limitée, la tutelle l'a annulée car elle était non conforme à la convention). Si bien qu'un conseil d'administration n'appliquera cet article 28 que dans un cas gravissime. Pratiquement, le cas ne sera jamais suffisamment grave. Donc les médecins sont assurés du non déconventionnement.

Du reste toute la procédure qui pourrait aboutir à l'exclusion est de la même veine :

- C'est la section médicale de la commission médico-sociale paritaire départementale qui juge des dépassements.

- Si les dépassements ne sont pas justifiés le processus de l'autodiscipline est mis en route.

- Ce n'est qu'en cas d'échec de cette auto-discipline que les caisses peuvent mettre en application l'article 28...

Sans vouloir comparer un dépassement de tarif à un délit de droit commun, c'est un peu comme si le législateur n'avait prévu dans ce domaine que la détention à perpétuité. Les juges hésiteraient avant de condamner un voleur de voiture à la réclusion à vie.

Ne prévoir qu'une sanction trop sévère, revient à ne pas prévoir de sanction du tout.

Sur un autre plan, la convention reprend l'article L 258 du code de la S.S. lequel précise que "les médecins sont tenus d'observer dans toutes leurs prescriptions la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement".

Ce principe est très grand, trop grand car dans la pratique il est de ce fait parfaitement inutile. Quel est le conseil d'administration qui acceptera de déconventionner un médecin sur un tel principe ? A partir de quel seuil est-il violé ? En conséquence quel est son rôle freinateur des dépenses ?

C'est en énonçant des principes suffisamment imprécis comme celui-ci ou des articles faisant preuve d'un radicalisme aigu (déconventionnement définitif) c'est-à-dire en donnant l'impression d'être intraitable avec les instigateurs des dépenses de l'assurance maladie que la S.S. laisse se développer abus et gaspillages...

#### e) - Compensation entre caisses

Cette impuissance des caisses à défendre au mieux leurs intérêts, notamment à imposer au corps médical le grand principe de "la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement" a pour origine leur nature juridique.

Nous avons déjà dit que, en tant qu'organismes assurant un service public, elles n'ont pas le même souci de la gestion et de la rentabilité que possèdent les services privés. En effet si cette gestion entraîne un déficit au niveau d'une caisse ou d'un régime, il y a compensation au niveau national...

.../...

Ce système de compensation entre caisses et régimes s'il évoque la solidarité entre individus, de régions différentes, de catégories socio-professionnelles différentes, fait également perdre le sens des responsabilités aux organes de direction.

En ALLEMAGNE, pays où la nature juridique des caisses est sensiblement identique à celle qui existe chez nous, les choses se passent en réalité assez différemment.

- Chaque caisse est absolument indépendante pour établir l'équilibre entre ses recettes et ses dépenses.

- Il n'existe pas de compensation entre caisses.

- On trouve en revanche une certaine concurrence entre elles et avec les compagnies privées, chacune fixant le taux des cotisations dans la limite d'un maximum légal.

- Les médecins sont regroupés en associations. Ces dernières concluent des conventions de rémunération avec les caisses. Deux systèmes de rémunération sont employés :

- Soit une rémunération forfaitaire, versée par la caisse à l'association qui la répartit en honoraires au prorata des actes et des situations particulières.

- Soit une rémunération suivant le nombre total d'actes accomplis.

La différence fondamentale d'avec le système français est cette notion de rémunération forfaitaire à répartir au prorata des actes.

Mais l'aspect le plus intéressant du système est certainement l'acceptation de l'auto-discipline. Si un médecin s'écarte trop du "profil économique moyen" qui est la moyenne constatée pour l'ensemble des autres médecins de la même spécialité et de même situation d'activité, il peut être appelé à justifier ses actes et ses prescriptions devant une commission de contrôle. Il pourra être le cas échéant sanctionné si, par exemple, il avait pu atteindre la même efficience avec des médicaments et des actes moins coûteux.

L'équivalent de notre "Profil médical" est là bas une nécessité pour les praticiens eux-mêmes du fait de l'absence de compensation entre caisses.

Celles-ci, entièrement responsables de leur gestion, ne peuvent compter que sur leurs recettes pour établir leur équilibre budgétaire. Elles sont pour cela très attachées, avec l'ensemble des médecins, à ce que le "profil économique moyen" soit respecté. Ce fait constitue, très certainement, une des raisons qui font que le système de santé Allemand soit moins onéreux, malgré l'existence du tiers-payant médical doublé de l'absence de ticket modérateur (1).

### III - Avenir des caisses et des professions de santé

Un autre facteur inquiétant, est la complication progressive du système liée à sa diversification. Or comme dans un système physique le désordre augmente avec la complexité du système. Ce désordre engendrera des contraintes de plus en plus lourdes. On peut penser avec le Professeur G. BROUN que ces contraintes concerneront demain l'organisation, le coût et l'entrée dans les professions de santé, les responsabilités économiques des praticiens etc...

Les professions médicales, à commencer par les médecins, doivent prendre conscience de leurs responsabilités dans l'organisation et la bonne gestion du système. Ils devront coopérer plus étroitement qu'ils ne le font avec les caisses. Car en fait, à long terme, leur sort est lié à celui de la S.S. Sa Nationalisation, sous une forme ou une autre, budgétisation des dépenses ou fiscalisation, entraînerait assez vite la nationalisation des professions de santé.

.../...

(1) On verra page 17 et suivantes que de telles mesures dans notre système de santé, contribuent à accroître considérablement la consommation des soins. Ces deux mesures dépensières paraissent donc contrebalancées là bas, par une gestion efficace liée à l'absence de compensation.

## CHAPITRE I

### LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE

#### A - HISTORIQUE

L'Ile de la REUNION, située à 800 km à l'est de MADAGASCAR et à 12 000 km de la Métropole, territoire français depuis 1793, a acquis son statut actuel de Département d'Outre-Mer en 1946, par la loi du 19 mars 1946.

Il était normal dès lors, que l'on dote ce lointain département d'un système de S. S. tel que le prévoyait l'ordonnance du 4 octobre 1945 dans son article 86.

Un décret du 17 octobre 1947 fixa les conditions selon lesquelles la S. S. serait appliquée dans les quatre nouveaux départements (GUADELOUPE, GUYANE, MARTINIQUE et REUNION).

La C. G. S. S. de la REUNION a été créée par l'arrêté du 14 octobre 1948. Sa circonscription territoriale est celle de la Direction Départementale de la Sécurité Sociale.

#### I - Les attributions de la caisse en 1948

Elles étaient dès cette époque très étendues.

En effet, l'article 1er de son statut précisait : "Elle possède les attributions dévolues, par l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945, aux caisses primaires et caisses régionales de S. S."

à la caisse d'allocations familiales et à la caisse régionale d'assurance vieillesse".

## II - Les conditions d'affiliation

La différence essentielle d'avec les conditions métropolitaines résidait dans le fait que les assurés agricoles <sup>(1)</sup>, salariés et exploitants, étaient inclus dans la caisse des travailleurs salariés.

En Métropole ces deux sortes d'assurés ont toujours fait partie de deux régimes différents :

- la Mutualité Sociale Agricole
- le régime général

D'autre part le régime des non salariés non agricoles n'est pas créé : les professions libérales et les commerçants, artisans, n'ont accès à la caisse que par l'assurance volontaire.

Il faut noter l'existence parallèle de la M. U. F. A. <sup>(2)</sup> (Mutuelle des Fonctionnaires et Assimilés) qui est en fait un régime spécial créé en 1950 à titre provisoire mais qui depuis est toujours en vigueur <sup>(3)</sup>.

## III - L'Administration

Selon l'ordonnance du 4 octobre 1945 la caisse est administrée par un conseil d'administration composé de 33 membres élus pour cinq ans.

.../...

(1) Voir pages 44 à 45

(2) La C.G.S.S. n'a couvert le risque maladie qu'à compter de 1954 (loi du 13 août)

(3) Voir à ce sujet les particularismes pages 50 et suivantes.

En fait, dans un premier temps, les administrateurs furent désignés parmi les organisations les plus représentatives des travailleurs et des employeurs, elles-mêmes déterminées par l'Inspecteur du Travail. Il fallut attendre la loi du 2 août 1949 pour que soient fixées les conditions d'élection des administrateurs de la C.G.S.S.

En vertu du décret du 17 octobre 1947, les salariés agricoles possédaient leurs représentants au sein du conseil; les exploitants agricoles, par contre, n'obtinrent ce droit que par la loi du 13 août 1954.

#### IV - L'Unicité de caisse à la REUNION

De 1947 à 1967 malgré l'intervention du décret du 12 mai 1960 que nous analyserons plus tard, l'organisation de la S. S. dans le département a fonctionné selon les critères que nous venons d'exposer, sans subir de modifications fondamentales.

Avant 1967 ce qui caractérise donc l'organisation de la S.S. c'est avant tout l'unicité de caisse : la C. G. S. S. possède les attributions normalement dévolues en Métropole aux C.P.A.M., aux C.R.A.M., aux C.A.F. et aux U.R.S.S.A.F. Elle possédait en outre, en matière de législation agricole, vieillesse et invalidité, certaines attributions de la Caisse Centrale Agricole.

Cette unicité est d'autant plus remarquable que sur le plan national une telle mesure avait été réclamée en vain, si l'on en juge par le nombre de régimes spéciaux ou différents qui existent aujourd'hui encore.

##### a) - Les raisons de ce particularisme administratif

Il était dicté par diverses considérations :

### a1 - Considérations géographiques

Un organisme centralisé était, du fait de l'isolement, préférable aux divers organismes métropolitains départementaux et régionaux.

### a2 - Considérations démographiques et sanitaires

Vers 1946, la population -241 687 habitants- apparaissait déjà très dense, près de 100 habitants/km<sup>2</sup>.

En réalité la densité effective s'avérait très supérieure l'île étant constituée par une montagne volcanique, la population se concentrait déjà sur les zones côtières.

Cette densité, alliée à l'état sanitaire très déficient, entraînait de gros ravages par le biais des maladies vénériennes, de la tuberculose, des parasitoses intestinales, de la lèpre etc... le taux de mortalité générale atteignait à l'époque 20‰.

### a3 - Considérations sociales et économiques

Le commerce, l'industrie et le bâtiment étaient très peu développés par conséquent le nombre des salariés restreint. La majorité de la population vivait plus ou moins directement de la canne tantôt planteurs, tantôt coupeurs, tantôt chômeurs, tantôt dans l'industrie sucrière. Conserver la pluralité des caisses métropolitaines semblait quasiment impossible car la majorité des assujettis avaient pour vocation de passer constamment du régime général au régime agricole.

Cette administration simplifiée devait permettre un meilleur fonctionnement de l'institution puisque les difficultés inhérentes aux liaisons entre caisses se trouvaient ici minimisées.

En outre ce groupement supprime la dualité d'organismes qui existe en Métropole dans la gestion de certains risques comme celui des accidents du travail.

.../...

Le système s'en trouve allégé sur les plans administratif et financier puisqu'il permet une gestion administrative moins onéreuse.

b) - Problèmes posés par la tutelle

Compte tenu du nombre important de salariés et d'exploitants agricoles, le ministère de l'agriculture aurait pu exiger le partage de la tutelle avec le ministère chargé de la S. S. Il en serait résulté de nombreuses difficultés.

En réalité le ministère de l'agriculture n'a pas revendiqué son droit légitime, permettant ainsi une simplification heureuse par comparaison à la métropole.

c) - Les difficultés rencontrées

Il semble cependant que le but recherché, à savoir un meilleur fonctionnement de l'institution, n'ait pas été atteint si vite puisque dans son rapport de 1962 destiné au conseil d'administration, la Direction de la C.G.S.S. se plaint du contraire : "Malheureusement et pour un certain nombre de motifs dont les principaux sont d'essence réunionnaise, le fonctionnement est loin d'être parfait et valoir celui des organismes métropolitains".

Dans le premier temps, employeurs et salariés ne possédaient pas une formation suffisante pour accepter et assimiler une législation qui fut appliquée rapidement malgré l'aménagement de paliers successifs.

Le régime agricole constituait une source supplémentaire de difficultés, le contrôle des employeurs s'avérant plus difficile dans ce domaine.

De nombreux problèmes provenaient également des salariés eux-mêmes qui trouvaient tracassières et compliquées les différentes formalités et préféraient l'Aide Sociale.

.../...

Enfin l'éloignement de la Métropole, les difficultés de recrutement du personnel créèrent des situations délicates à résoudre.

d) - L'exception à cette unicité

L'unicité de la S.S. dans le département a toujours souffert d'une exception.

En effet, comme il a été dit plus haut, une société mutualiste M. U. F.A. est chargée de la gestion du régime des fonctionnaires en activité dans le département.

B - ORGANISATION ACTUELLE

I - Rôle du décret du 12 mai 1960

Sans avoir modifié les attributions des C.G.S.S., le décret a accru leur importance relative dans la mesure où il a réduit les fonctions des caisses métropolitaines. En effet, la création des U. R. S. S. A. F. a dépossédé celles-ci du service de recouvrement ; les caisses des D. O. M. au contraire continuent à recouvrer l'ensemble des cotisations S. S.

II - Rôle de l'ordonnance du 21 août 1967 (N° 67-706)

Le principe de la caisse unique dans les D. O. M. fut remis en cause à cette occasion.

Aux termes de l'article L 716 du code de la S. S. tel qu'il résulte de l'ordonnance précitée, l'organisation technique et financière de la S. S. comprend, dans chacun des D. O. M., une C. G. S. S. et une C. A. F.

.../...

La réforme est entrée en vigueur outre-mer à compter du 1er janvier 1973.

Désormais, il existe à la REUNION deux organismes différents possédant leur propre administration.

### III - Statut de la Caisse Générale de Sécurité Sociale

Le 10 mai 1972 le conseil d'administration a voté le statut actuel et réaffirmé ses attributions et son organisation administrative.

#### a) - Attributions

En créant la C. A. P., la réforme de 1967 atténue les fonctions de la caisse qui demeurent toutefois considérables :

- 1 - Elle assure le recouvrement des cotisations.
- 2 - Elle gère, pour l'ensemble des salariés, y compris les salariés agricoles, les risques maladie, maternité, décès, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles.
- 3 - Elle assure pour les exploitants agricoles la gestion des risques maladie, invalidité et maternité dans les conditions prévues par l'article 1106-21 du code rural.
- 4 - Elle gère le risque vieillesse :
  - des salariés relevant de la Caisse Nationale Vieillesse pour le compte de ladite Caisse,
  - des salariés agricoles,
  - des exploitants agricoles dans les conditions fixées par l'article 1142-8 du code rural.
- 5 - Elle exerce : - une action de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles,
  - une action sanitaire et sociale dans sa circonscription en faveur de l'ensemble des salariés et, dans les conditions prévues par l'article 1106-22 du code rural,

- une action sanitaire et sociale en faveur des exploitants agricoles.

Outre la perte des A. F., la C. G. S. S. est dépossédée de l'organisation et de la direction du Contrôle Médical qui devient un service national, organisé et dirigé par la C. N. A. M. T. S.

Malgré ces réformes, les attributions de la C. G. S. S. restent considérables :

- Son action en tant que C. P. A. M. est largement supérieure à celle d'une caisse métropolitaine moyenne.

- Ses compétences en matière de C. R. A. M. et d'U. R. S. S. A. sont loin d'être négligeables.

Enfin, ses prérogatives dans le domaine de la vieillesse sont également très importantes puisqu'elles incombent en métropole à plusieurs caisses :

1 - la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, en ce qui concerne le risque vieillesse des salariés du régime général.

2 - la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles, s'agissant du risque vieillesse des salariés du régime agricole.

3 - la Caisse d'Assurance Vieillesse Mutuelle Agricole, concernant le risque vieillesse des exploitants agricoles.

En 1978, en application de la loi tendant à étendre la S.S. à tous les français, le nombre des assurés devrait croître considérablement par l'intégration des bénéficiaires actuels de l' A. M. G.(1)

## b) - Administration

### b1 - Les administrateurs

Du fait de l'éclatement de la caisse originelle, le

(1) Ils représentent 24 % de la population.

nombre des administrateurs a été réduit de 33 à 24.

Par ailleurs, ils sont désignés pour 4 ans -au lieu de 5- dans les conditions prévues d'une part, par l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la S. S. et d'autre part, par le décret n° 71-183 du 9 mars 1971 qui stipule que les administrateurs sont d'abord désignés par leurs organisations syndicales respectives et qu'ils sont ensuite nommés par arrêté ministériel.

En bref, le conseil d'administration comprend :

- pour moitié, des représentants des salariés, désignés par les organisations syndicales nationales les plus représentatives.
- pour un quart, des représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales les plus représentatives.
- pour un autre quart, des représentants des employeurs des professions non agricoles, désignés par les organisations professionnelles nationales les plus représentatives.

Il existe en outre selon l'ordonnance d'août 1967, 4 membres siégeant avec voix consultative :

- un représentant des Unions d'Associations Familiales
- un représentant des médecins
- un représentant des dentistes
- un représentant des pharmaciens.

Les administrateurs doivent être de nationalité française, jouir de leurs droits politiques, relever de la caisse, être à jour de leurs obligations en matière de cotisations S. S.

#### b2 - Le C. A. - son bureau et ses commissions

Le conseil est tenu de se réunir au moins 4 fois par an.

.../...

Sa convocation est obligatoire si elle est demandée par le président, par le tiers des membres du conseil ayant voix délibérative, par le Directeur Départemental de la S. E. ou par la commission de contrôle.

Les statuts de la caisse ne peuvent être modifiés que par une délibération du C. A. prise à la majorité des deux tiers.

Le bureau est une émanation du C. A. Il comprend 10 membres (5 salariés et 5 employeurs) élus au bulletin secret par l'ensemble des administrateurs. Son rôle est de prendre à l'unanimité de ses membres des décisions qui éviteront la réunion de l'ensemble du conseil.

Dans le même but, sont créés divers comités et commissions.

Toute décision ne réunissant pas l'unanimité des membres du bureau est renvoyée devant le conseil d'administration, instance suprême qui établit les statuts et règlements intérieurs à l'organisme, vote l'ensemble des budgets et exerce enfin une action sur les agents de la caisse :

- nomination, sous réserve de l'agrément ministériel, du directeur, de l'agent-comptable et du directeur-adjoint.

- délibération sur le rapport annuel de la direction.

Outre sa fonction première -présider- son président veille à la régularité du fonctionnement de la caisse et représente celle-ci en justice et dans tous les actes de la vie civile.

En 1972, les diverses commissions se sont réunies 79 fois contre 11 réunions du conseil d'administration et 3 réunions du bureau. C'est dire que les décisions prises par le conseil sont surtout élaborées au sein des commissions.

.../...

#### IV - L'Affiliation à la C. G. S. S.

La C. G. S. S est obligatoirement la caisse d'affiliation pour les personnes assujetties au régime général mais également pour celles assujetties au régime agricole.

Pour ces deux catégories d'assurés, les conditions d'affiliation découlent de ce fait des conditions d'assujettissement que nous étudierons donc.

Par ailleurs de nombreux commerçants et artisans sont affiliés à la C. G. S. S. en tant qu'assurés volontaires, le régime des non salariés non agricoles n'existe pas à la REUNION

##### a) L'assujettissement des salariés

L'originalité du système en ce qui concerne l'assujettissement, réside essentiellement dans le fait que les salariés agricoles dépendants en Métropole de la mutualité sociale agricole, coexistent ici avec les assurés du régime général.

Il faut également rappeler l'absence des fonctionnaires qui sont soumis dans le département à un régime spécial.

##### b) - L'assujettissement des non salariés agricoles

Selon l'article 21 de la loi du 13.8.54 les conditions d'assujettissement des colons partiaires <sup>(1)</sup> ont été fixées par décret.

##### b1 - Les Bénéficiaires

Les personnes assujetties sont celles qui vivent de l'exploitation sans en être salariées, à savoir :

1 - Le chef d'exploitation, dénomination sous laquelle on entend : les sociétés agricoles, le propriétaire exploitant, le bailleur, s'il s'agit d'un bail à colonat partiaire et le colon.

.../...

(1) Fermiers partageant les récoltes avec leur propriétaire.

2 - L'entourage du chef d'exploitation, pour l'une ou l'autre des trois branches du régime.

## b2 - Les critères d'assujettissement

Ils ont été créés en tenant compte de la situation agricole de l'île : quelques immenses domaines sur lesquels des lopins de terre sont donnés en location ou en métayage, dans le cas du colon partiaire, voisinent avec de nombreuses propriétés qui souvent ne dépassent pas quelques ares.

L'exploitant agricole est celui qui exploite, en qualité autre que celle de salarié, des terres dont la superficie est au moins égale à un minimum fixé par décret. Il a bien fallu tenir compte du contexte Réunionnais et pour cela créer le concept de superficie pondérée, lequel permet aux très nombreux petits "planteurs" de bénéficier de la S. S.

Ce minimum de superficie pondérée a d'abord été fixé à un hectare pondéré pour la période allant de 1964 à 1969 inclus, puis à deux hectares pondérés à compter du 1er janvier 1970. Il est le même pour les trois branches de la législation. Cependant, les personnes qui exploitent moins de deux hectares pondérés peuvent demander leur assujettissement, s'ils justifient d'une activité exclusivement agricole.

Cette superficie pondérée est égale au produit de la superficie réelle par un coefficient dit "coefficient de pondération", variable suivant la nature des cultures.

Ces coefficients de pondération déterminés en fonction des caractéristiques des cultures locales furent fixés soit par décret, soit par le Comité de Gestion<sup>(1)</sup>.

A titre indicatif voici quelques coefficients de pondération :

- Pâturages..... 0,5
- Cultures vivrières..... 1,5
- Cannes..... 2
- Géranium..... 2
- Bananes..... 3

.../...

(1) En matière de son salaire agricole, le Comité de Gestion a les attributions d'un conseil d'administration.

- Vétiver..... 2
- Céréales..... 2
- Cultures maraichères..... 3
- Ananas..... 5
- Vanille..... 0,5 à 4 selon régions.

Le Comité de Gestion a élaboré en outre des critères d'assai-  
jettissement à l'usage des éleveurs sans sol. Ainsi, ces derniers sont  
considérés comme exploitant 2 hectares pondérés s'ils possèdent :

- Soit 3 vaches
- Soit 3 truies
- Soit 200 poules pondeuses
- Soit 300 poulets de chair

## V - Le Budget de la C. G. S. S.

### a) - Origine des ressources

#### a1 - Les cotisations

L'assiette des cotisations du régime général est  
identique à celle de Métropole <sup>(1)</sup>. Par contre l'assiette des cotisa-  
tions du régime des non salariés agricoles diffère.

En effet, elle est basée ici sur la notion de  
superficie. <sup>(2)</sup> et varie en fonction de l'importance de l'exploitation.

Le chef d'exploitation est responsable du versement  
de l'ensemble des cotisations qui sont réparties dans la proportion de  
1/3 à la charge du bailleur et 2/3 à la charge du colon.

.../...

(1) On verra page 91 que ce plafond est différent pour les fonction-  
naires.

(2) Voir page 45 les coefficients de pondération selon les différentes  
cultures.

## a2 - Les subventions

Les cotisations étant insuffisantes, la C.G.S.S. doit pour fonctionner et servir les différentes prestations, faire appel à des subventions versées par les collectivités locales et l'Etat.

Ces subventions sont prévues par l'article 20 de la loi du 13.8.54 :

"En cas d'insuffisance des cotisations, des subventions seront versées par les collectivités locales et l'Etat.

Le montant de ces subventions doit être égal à la moitié des économies réalisées, du fait de l'application des assurances sociales, sur la moyenne des crédits d'assistance inscrits aux budgets de ces collectivités entre le 1.1.48 et le 31.12.55"

Si ces contributions s'avèrent insuffisantes, ce qui est systématiquement le cas, la couverture du déficit doit être assurée par des subventions provenant :

- des 3 Caisses Nationales du régime général (Assurance Maladie, Allocations Familiales et Assurance Vieillesse)
- de la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles.

Pour chaque risque les caisses des deux régimes versent des subventions égales.

## b) - Les causes du "déficit"

A titre indicatif, en 1972<sup>(1)</sup> la C. G. S. S. a dû pour équilibrer son budget obtenir 200 millions de francs (20 milliards anciens).

Ce déficit a plusieurs origines :

### b1 - Les cotisations impayées par les employeurs

Le phénomène est fréquent et constitue un manque à gagner important pour la C. G. S. S.

.../...

(1) Date à laquelle les allocations familiales sont encore servies par la C.G.S.S.

## b2 - Le nombre élevé de bénéficiaires par assuré

Plus de 50 % de la population a moins de 16 ans.

De ce fait en 1971 pour 100 000 assurés sociaux il y avait plus de 300 000 bénéficiaires de l'assurance maladie.

Il y a donc peu de cotisants mais beaucoup de bénéficiaires.

## b3 - La faiblesse des cotisations moyennes

Elle est la conséquence du bas niveau des salaires dans le secteur privé (1).

A titre d'exemple sur les 69 418 assurés salariés déclarés au cours de l'année 1971,

|        |                                               |                       |
|--------|-----------------------------------------------|-----------------------|
| 1 021  | ont perçu un salaire annuel supérieur à ..... | 19 800 F              |
| 30 560 | "- compris entre.....                         | 5 000 et<br>19 800 F  |
| 18 009 | "- compris entre.....                         | 2 000 F et<br>5 000 F |
| 10 685 | "- compris entre.....                         | 600 F et<br>2 000 F   |
| 9 143  | "- inférieur à.....                           | 600 F                 |

Il faut noter qu'à cette faiblesse des cotisations correspond comme nous le verrons plus loin une médecine inadaptée qui tend, en 1975, à devenir plus onéreuse qu'en Métropole.

## b4 - Le prix élevé des soins dans le département

Il contraste avec la faiblesse des cotisations en général. En effet, les tarifs de la consultation, de la visite médicale et des actes de biologie sont majorés de 20 % par rapport aux tarifs métropolitains.

.../...

(1) Les cotisations sur les salaires les plus élevés, ceux des fonctionnaires, échappent à la C.G.S.S.

Les produits pharmaceutiques en raison des coûts de transport sont également plus onéreux. Il existe une indexation de 23 % pour la plupart des médicaments et de 41 % pour les accessoires et médicaments classés "articles lourds ou à hauts risques de casse".

En résumé, des cotisations maigres et rares, souvent virtuelles parce que impayées, ne peuvent couvrir un nombre important de bénéficiaires et assurer les prestations liées à une médecine onéreuse.

Seule la solidarité nationale permet le fonctionnement du système.

### c) - Les centres de diagnostic et de soins

L'article 3 de la loi du 13.8.54 prévoit qu'en cas de besoin constaté, pour une région déterminée, et plus spécialement lorsqu'un personnel médical ne pourra assurer d'une façon satisfaisante les soins de la population, des centres de médecine collective pourront être créés, soit par une collectivité publique ou privée, soit par les caisses de S.S., après avis du syndicat départemental des médecins et jusqu'à ce que les conditions normales d'exercice de la médecine soient réalisées.

Ces dispositions de l'article 3 sont restées jusqu'à présent lettres mortes. Ce fait est d'autant plus étonnant de la part des collectivités publiques et de la C.G.S.S. que toutes les conditions étaient remplies pour tenter ce genre d'expérience : les besoins médicaux étaient considérables, la densité médicale très faible, le déficit énorme de la C.G.S.S., le budget non moins énorme de l'Aide Médicale, représentaient autant de facteurs qui auraient dû inciter les responsables locaux à la création de tels centres. Actuellement des projets sont en cours de réalisation dans plusieurs communes de l'île notamment à SAINT-ANDRE et au PORT.

Dans le contexte réunionnais, il semble que cette expérience était et demeure encore souhaitable car susceptible de permettre à la C.G.S.S. mais aussi à l'Aide Sociale de réaliser des économies. On ne peut par conséquent que déplorer sa réalisation tardive.

C - CAS DE LA M. U. F. A. (Mutuelle des Fonctionnaires et Agents de l'Etat)

I - Le statut

Les assurances sociales n'ont été servies par la C.G.S.S. qu'à compter du 1er janvier 1955, en application de la loi du 13 août 1954.

Pour mettre fin à l'injustice dont étaient victimes les fonctionnaires servant Outre-Mer, l'Etat étendit à leur intention la S.S. par la loi du 3 avril 1950.

Le régime applicable fut ensuite précisé par le décret du 26 avril 1951.

Celui-ci stipulait que le service des prestations devait être confié à des sociétés mutualistes, constituées à cet effet dans chacun des départements considérés.

Du 26 avril 1951 au 1er janvier 1955 les seuls fonctionnaires et agents de l'Etat ont bénéficié à la REUNION de la sécurité sociale.

Le statut actuel a été adopté le 14 juin 1962. L'article premier précise les buts de la société, à savoir, le service des prestations maladie, maternité, invalidité, décès et la promotion de l'action sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants.

Le contrôle médical est absolument indépendant de celui institué auprès de la C.G.S.S. D'ailleurs il n'est pas organisé comme celui-ci par la C.N.A.M.T.S. Il se compose seulement de praticiens, et l'occurrence un médecin, engagés et rétribués par la M.U.F.A.

Aussi proches soient-ils, les conseils donnés par des praticiens indépendants ne sont pas forcément parallèles. D'où l'existence de décisions différentes pour des cas identiques au sein d'une même ville et pourquoi pas, d'une même famille.

.../...

## II - Les raisons de ce particularisme

Le décret du 26 avril 1951 précise expressément que cette Société Mutualiste a un caractère provisoire. Voilà 25 ans que ce provisoire dure, et bien que sa disparition fasse périodiquement l'objet de rumeurs, son existence à moyen terme ne paraît pas menacée.

En fait, cette situation est principalement due à la psychologie des fonctionnaires qui tiennent à conserver leur particularisme et, il faut bien le dire, leurs privilèges.

Le budget excédentaire de la Société Mutualiste<sup>(1)</sup> a plusieurs origines, notamment :

- les salaires élevés des fonctionnaires
- le mode de calcul des cotisations
- le faible nombre de bénéficiaires de prestations par assuré

Les deux premières raisons invoquées font que les ressources de la M.U.F.A. sont prospères.

Le plafond des rémunérations soumises à cotisations, prise en compte par la C.G.S.S., est le même qu'en Métropole ; par contre celui de la M.U.F.A. est affecté de l'index de correction qui majore le traitement des fonctionnaires.

La troisième raison est la conséquence logique de la notion de chef de famille. Le mari est moins souvent fonctionnaire que son épouse (institutrice ou secrétaire), les ayants-droit d'un tel ménage seront donc à la charge de la C.G.S.S.

C'est ainsi que la M.U.F.A. couvre 2 bénéficiaires par assuré quand la C.G.S.S. en couvre 3,5.

.../...

(1) L'excédent ne cesse de progresser. Selon le rapport d'activité de l'U.D. de la S.S. de 1971, il était de 25 % en 1970 et de 36 % en 1971.

### III - Avenir de la M. U. F. A.

Est-il normal de maintenir à la REUNION les fonctionnaires hors du régime général ?

Cette institution tend à prolonger au niveau des prestations S.S. les avantages que possède la fonction publique sur d'autres plans.

Mais l'index de correction diminuant très rapidement, on peut penser que, d'ici à 5 ans, l'intégration se réalisera sans douleur.

Etant donné le flot des bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite qui ne manquera pas en 1978, comme le prévoit la loi portant extension de la S.S., de venir grossir le gigantisme actuel de la Caisse Générale, sera-t-il souhaitable pour celle-ci de prendre en charge ce surcroît de personnes ?

Sur un autre plan, l'excédent des recettes enregistré par la M. U. F. A. est investi dans une action sanitaire et sociale qui profite au département. L'absorption de la M. U. F. A. par la C.G.S.S. faisant disparaître cet excédent contribuerait à interrompre cette action sans que le déficit de la C.G.S.S. soit épongé pour autant.

S'agissant de l'ouverture des droits et des droits eux-mêmes, seuls les bénéficiaires de la M.U.F.A. jouissent des avantages métropolitains tels que l'assimilation du chômage constaté comme période de travail.

L'existence de la Société Mutualiste rend cette situation moins choquante puisque les assurés différemment traités ne sont pas assujettis à un même régime.

ooooOoooo

.../...

## C H A P I T R E    I I

### PARTICULARITES    D'ORDRE LEGISLATIF CONCERNANT LES PRESTATIONS

Bien que des mesures d'extension progressive aient, comme nous l'avons déjà vu, rapproché les systèmes de S.S. des D.O.M. et de Métropole, il subsiste toujours quelques différences, soit au niveau de l'ouverture des droits, soit encore au niveau des prestations elles-mêmes.

En règle générale ces aménagements ont été dictés par la situation sociale et démographique de l'île.

#### A - L ' ASSURANCE MALADIE

ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIAES

Exceptés les chômeurs qui sont exclus de l'assurance maladie on retrouve, Outre-Mer, les mêmes bénéficiaires.

#### I - L' Ouverture des droits

Les conditions d'ouverture des droits sont assez différentes. Elles furent dictées par le contexte social dont nous avons déjà parlé et permettent aux assurés possédant un emploi précaire de bénéficier de l'assurance maladie et, d'une façon générale, de la S.S.

.../...

La simple constatation de l'état de maladie ne suffit pas pour que le droit aux prestations soit acquis. Il faut encore que l'assuré fasse la preuve d'un minimum d'activités salariées pendant la période précédente. L'exigence de ce minimum vise à réserver les prestations aux seules personnes qui participent réellement au système.

C'est ce minimum d'activité qui est différent dans les D.O.M. On y est moins exigeant afin de permettre aux plus déshérités, socialement parlant, de bénéficier d'une couverture sociale permanente.

#### a) - des prestations en nature

En Métropole le droit aux prestations en nature -c'est-à-dire le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation etc...- est ouvert si l'assuré justifie avoir occupé un emploi salarié ou assimilé :

- soit pendant 200 heures au cours du trimestre civil ou au cours des 3 mois précédant de date à date, la date des soins.

- soit pendant au moins 120 heures au cours du mois civil ou au cours du mois précédant de date à date, celle des soins.

Par contre dans les D.O.M. ce droit est acquis dès que l'assuré justifie avoir occupé un emploi salarié ou assimilé :

- soit pendant 30 jours ou 180 heures -au lieu de 200 h- au cours des 6 mois -au lieu de 3- précédant de date à date le début des soins.

- soit pendant 130 jours ou 780 heures au cours des 12 mois précédant de date à date, le début des soins.

#### b) des prestations en espèces

S'agissant des prestations en espèces -indemnités journalières d'arrêt de travail- les conditions d'ouverture des droits sont également dissimilaires.

b1 - au cours des six premiers mois d'interruption de travail, le droit aux prestations en espèces, est ouvert :

- en Métropole, si l'assuré justifie avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 200 heures au cours du trimestre civil ou au cours des 3 mois précédant de date à date, la date d'interruption du travail -

- dans les D. O. M., si l'assuré justifie de 30 jours ou 180 heures de travail dans les six mois ou de 130 jours ou 780 H. de travail dans les 12 mois qui précèdent de date à date, le début de l'interruption de travail.

b2 - au-delà du sixième mois d'arrêt de travail certaines deux conditions doivent être simultanément remplies :

- La première est une condition d'immatriculation qui ne varie pas Outre-Mer : l'assuré doit avoir été immatriculé depuis 12 mois au premier jour du mois au cours duquel se situe la date d'interruption de travail.

- La deuxième est une condition de salariat qui elle diffère :

- En FRANCE Métropolitaine l'assuré doit justifier de 800 H. salariées au cours des 4 trimestres civils ou au cours des 12 mois de date à date précédant l'interruption de travail dont 200 H. au cours du premier des 4 trimestres civils ou au cours des trois premiers des douze mois.

- Dans les D. O. M. l'assuré doit justifier de 180 jours salariés ou 1 080 H. dans les 12 mois précédant, de date à date, l'interruption de travail.

On peut donc noter que les prestations en nature et les prestations en espèces, concernant des arrêts de travail inférieurs à 6 mois, sont plus généreusement accordées dans les D.O.M. ; le contraire a lieu pour les arrêts de travail supérieurs à 6 mois.

.../...

En outre, les journées de chômage, constatées par l'inscription au service de la Main d'Oeuvre, sont considérées en Métropole comme "travail assimilé" et ouvrent droit aux prestations S.S.

Il en résulte que dans les D.O.M où il est difficile de trouver un emploi, où le chômage sévit à l'état endémique, les cas sérieux nécessitant des arrêts de travail supérieurs à 6 mois se retrouvent encore plus défavorisés.

## II - La perte de la qualité d'assujetti

L'extinction du droit par la perte de la qualité d'assujetti ou d'ayant-droit, ne se déroule pas suivant les mêmes conditions dans les D.O.M qu'en Métropole.

En effet, outre la condition d'un minimum de salariat et éventuellement d'un certain temps d'immatriculation, une autre condition vise à écarter du bénéfice des prestations ceux qui se sont exclus volontairement pendant plus d'un mois de l'assurance.

Le droit aux prestations est supprimé en Métropole à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujetti à l'assurance obligatoire.

De ce fait, un assuré cessant son activité salariée le 1er août 1975 et qui ne s'inscrit pas au chômage perd ses droits aux prestations le 1er septembre 1975.

Outre-Mer, les particularités de l'ouverture des droits donnent, à leur tour, naissance à des particularités au niveau de la perte de la qualité d'assujetti : le droit aux prestations est supprimé à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujetti à l'assurance obligatoire. En conséquence, s'il ne travaille pas, il continuera à avoir des droits ouverts tant qu'il pourra justifier soit de 30 jours de travail dans les 6 mois précédant la date des soins, soit de 130 jours dans les 12 mois précédant la date des soins.

### III - Les prestations en nature

Les prestations en nature sont les mêmes que celles prévues par la législation métropolitaine à quelques détails près :

- les tarifs proposés dans les conventions (syndicats de praticiens-caisses) font l'objet d'un avis motivé de la part du Préfet (loi du 13.8.54, article 44).

- la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables selon l'article 6 de la même loi de 1954 sera complétée pour tenir compte des nécessités particulières aux départements intéressés.

### IV - Les prestations en espèces

L'indemnité journalière est égale à la moitié du gain journalier de base jusqu'à concurrence du plafond S.S.

Le salaire journalier de base est égal au 1/30<sup>e</sup> de la dernière paye, en Métropole et au 1/180<sup>e</sup> du salaire des 6 derniers mois précédant la date de l'interruption de travail dans les D.O.M.

On retrouve donc le souci du législateur de tenir compte de l'instabilité de l'emploi en calculant l'indemnité journalière sur 6 mois au lieu de 1 mois en augmente d'autant les chances d'obtenir des salaires de référence convenables.

.../...

## B - L ' ASSURANCE MATERNITE

### I - L'ouverture des droits

Si les bénéficiaires sont également prévus par l'article L 297 du code de la S.S., les conditions d'admission au bénéfice des prestations ne sont pas identiques. Ainsi les conditions de salariat tant sur le plan de la durée du travail que sur celui de la période sont moins contraignantes dans les D. O. M où l'assuré doit justifier soit de 30 jours ou 180 H de travail dans les 6 mois, soit de 130 jours ou 780 H dans les 12 mois précédant la date de la constatation médicale de la grossesse.

Il en résulte que cette date peut fort bien être celle de l'accouchement.

Par contre en FRANCE Métropolitaine, l'ouverture des droits est basée sur la date présumée du début de la grossesse. La durée du travail doit être au minimum :

- soit de 200 H au cours du trimestre civil, ou au cours des 3 mois de date à date, ayant précédé la date présumée du début de la grossesse.

- soit de 120 H au cours du mois civil ou au cours du mois de date à date, ayant précédé cette même date présumée.

Outre-Mer, une femme enceinte, déjà immatriculée ou dont le conjoint est déjà immatriculé, peut donc se mettre à retravailler pendant sa grossesse afin de bénéficier de l'assurance maternité.

En fait le législateur a négligé cet aspect du problème pour retenir surtout l'indolence des populations les plus deshéritées de l'île, leur ignorance de la réglementation et leur difficulté à obtenir un emploi permanent. Des mesures impératives les auraient écartées de l'assurance maternité.

.../...

## II - Les prestations

Les prestations en nature sont absolument identiques tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Par contre les prestations en espèces diffèrent sur le plan quantitatif : depuis le 1er janvier 1971 les indemnités journalières atteignent en Métropole 90 % du gain journalier de base, contre 50 % Outre-Mer.

## C - L ' ASSURANCE VIEILLESSE

Rappelons qu'il existe d'une part, des prestations contributives -les pensions- allouées en contre partie de cotisations, leurs bénéficiaires n'ayant pas à justifier des conditions de ressources, de résidence ou de nationalité et d'autre part, des prestations non contributives -les allocations- attribuées sans justification de cotisation, leur versement étant subordonné à l'état d'indigence de l'individu. Ces dernières notamment l'A. V. T. S. (Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés) sont attribuées sous certaines conditions d'âge, de salariat, de nationalité et de ressource ; elles s'apparentent donc aux indemnités d'indigence.

### I - Les avantages contributifs

Les prestations de l'assurance vieillesse sont accordées à la REUNION depuis le 1er janvier 1955. Jusqu'en 1977, pour les personnes nées avant 1913, elles subissent Outre-Mer une majoration obtenue en

.../...

multipliant la pension métropolitaine par un coefficient qui était de 1,71 en 1955, de 1,06 en 1973 ; en 1977 il ne sera plus que de 1,02 et en 1978 il sera égal à 1.

Ce coefficient avait pour but d'augmenter le nombre d'années d'assurance d'un chiffre égal à la moitié des années qui restaient à courir depuis 1948 pour atteindre les 30 ans exigés pour l'octroi d'une pension entière.

Cette mesure transitoire prévue par le décret du 10 février 1955 en faveur des assurés ayant travaillé dans les D.O.M. avait eu en Métropole un précédent contenu dans les dispositions de la loi n° 48-1306 du 23 août 1948.

Lorsque le bénéficiaire prend sa retraite avec un taux inférieur à 50 % <sup>(1)</sup> la pension servie est la pension réelle.

Par contre, si le bénéficiaire prend sa retraite avec un taux supérieur ou égal à 50 % la pension est portée, le cas échéant, à un montant minimum fixé par décret, majoré éventuellement des avantages complémentaires. Ce montant est identique au taux de l'A.V.T.S. <sup>(2)</sup>.

Cette disposition n'est toutefois applicable qu'aux postulants justifiant d'un minimum de 60 trimestres d'assurance.

Pour ceux qui disposent d'un nombre de trimestres inférieur à 60, le minimum de pension est proratisé en autant de soixantièmes qu'il existe de trimestres validés.

Cependant alors qu'en Métropole ce montant peut être porté au minimum par l'application de l'article L 676 du code de la S.S., dans les D.O.M. cette possibilité n'est pas offerte aux requérants.

En effet, les C.G.S.S. des D.O.M n'adhèrent pas au Fonds Commun de Sécurité Sociale alimenté par une double contribution des entreprises et des caisses de S.S et sur lequel sont prélevées les sommes afférentes à cette nouvelle mesure.

.../...

(1) Taux octroyé à l'âge de 65 ans.

(2) Montant de l'A.V.T.S. était de 4 000 F en 1976.

Il y a donc là, pour les assurés des D.O.M. ne bénéficiant pas de l'A.V.T.S. -mais ils sont rares- une différence importante : ils sont les seuls à avoir un plafond de ressource inférieur à l'A.V.T.S.

Grâce au même mécanisme, la majoration pour conjoint à charge<sup>(1)</sup> se retrouvera en Métropole égale au montant de cette allocation.

La loi du 3 janvier 1975 a institué en Métropole l'assurance volontaire vieillesse des mères de famille. Les C.A.F cotisant pour les bénéficiaires.

Cette mesure devrait être appliquée à la REUNION, où les mères de famille célibataires, très nombreuses, élèvent souvent plusieurs enfants et peuvent difficilement assumer un travail salarié. Bien sûr, une telle mesure risquerait peut être de ne pas décourager la natalité. Celle-ci constitue, nous l'avons vu, un des grands problèmes de la REUNION.

## II - Les avantages non contributifs

### a) - L'allocation aux mères de famille

D'un montant égal à celui de l'A.V.T.S., elle est attribuée aux conjoints ou veuves de salariés, ainsi qu'aux femmes divorcées ou séparées d'un salarié, ayant élevé au moins 5 enfants pendant 9 ans avant le 16ème anniversaire. La requérante doit être âgée de 63 ans ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail. Mais, pour des raisons de démographie certainement, cet avantage n'est pas servi Outre-Mer.

### b) - L' A. V. T. S.

#### b1 - Les modalités d'attribution

Alors qu'en Métropole cet avantage est en voie de

.../...

(1) C'est un avantage complémentaire de la pension au même titre que la bonification pour enfants élevés au-delà du 3ème et la majoration pour tierce personne.

disparition, il est largement octroyé dans le département <sup>(1)</sup> puisqu'il représente plus de 30 % des prestations vieillesse.

Les conditions d'attribution y sont d'ailleurs plus souples, le législateur ayant voulu, semble-t-il, faire de cet avantage, celui qui réaliserait une distribution de revenu aux personnes âgées.

Cette allocation fut étendue à la REUNION par le décret du 30 mars 1948 (l'assurance vieillesse ne le fut que par la loi du 13 août 1954).

En Métropole l'âge normal d'attribution est de 65 ans -60 ans en cas d'inaptitude- Par contre dans les D.O.M cet âge fut ramené au 1er janvier 1951 à 60 ans sur la demande du député Réunionnais Auguste BABET. Celui-ci fit valoir que les difficiles conditions de vie insulaires usaient prématurément les travailleurs : en 1946 la malnutrition, l'alcoolisme, la tuberculose et le paludisme occasionnaient des ravages dans la population, abaissant considérablement l'espérance de vie.

## b2 - Appréciations critiques

Aujourd'hui, exception faite de l'alcoolisme, ces fléaux ont pratiquement disparu. La loi quant à elle, demeure, créant une incohérence entre les différentes prestations vieillesse puisque la pension n'est donnée qu'à 65 ans.

Cet état de fait donne lieu à des situations anormales qui entraînent, la plupart du temps, l'arrêt du travail dès l'âge de 60 ans.

En effet, il est plus avantageux de bénéficier d'une allocation à 60 ans, que d'une pension à 65 ans... surtout si le montant de l'allocation est supérieur à celui de la pension ! Cette éventualité est d'autant plus probable que les avantages complémentaires sont également attribués dès la soixantième année.

.../...

(1) Du reste, l'expression créée "être salarié" signifie bénéficiaire de l'A.V.T.S.

L'arrêt du travail à 60 ans entraîne pour les assurés, qui auraient eu droit à une pension à 65 ans un jeu d'écriture appelé jeu de la liquidation pour ordre :

- à 60 ans, en liquide pour ordre, l'A.V.T.S. est servie pendant 5 ans.

- à 65 ans, à nouveau en liquide pour ordre, l'assuré bénéficie alors de sa pension vieillesse.

- Si celle-ci est inférieure au montant de l'A.V.T.S. -c'est le cas le plus fréquent- l'assuré conserve les avantages acquis, son allocation est liquidée pour ordre et remplacée par une pension d'un montant identique.

Outre-Mer, l'A.V.T.S. constitue donc pour un travailleur, le moyen qui lui permet de prendre sa retraite dès l'âge de 60 ans et, dans le même temps, de voir le montant de celle-ci confortablement majoré.

La durée de salariat exigée fut fixée à 5 ans jusqu'en 1954, puis à 6 ans en 1955, à 10 ans en 1959.

Actuellement cette durée est presque identique à celle de la Métropole, elle est de 25 ans ou 10 ans après l'âge de 50 ans (25 ans ou 15 ans après l'âge de 50 ans en Métropole).

Jusqu'en 1955 les périodes de salariat étaient retenues même si elles n'avaient jamais fait l'objet de cotisations. Une simple attestation écrite d'un employeur, d'un descendant d'employeur, d'un voisin, était suffisante pour valider toute une longue période de salariat. Bien sûr cette disposition avait pour but de réparer le préjudice causé aux travailleurs par les employeurs qui ne déclaraient pas leur personnel, mais elle a suscité, et suscite encore, bien des faux témoignages...

Dans les D.O.M, la qualité de salarié englobe aussi bien les salariés que les assimilés tels que les colons exploitant de 600 à 1 000 gaulettes de terre (1 gaulette carrée valant 25 m<sup>2</sup>).

.../...

En 1964 le régime des non salariés agricoles ayant été créé, les colons auraient dû être repris au sein de leur propre régime. D'une façon générale ils ont préféré rester dans le régime général pour bénéficier de l'A.V.T.S et des avantages complémentaires.

C'est ainsi que le régime général des salariés sert des allocations à des individus qui ne font pas partie de son régime.

Les avantages complémentaires susceptibles de s'ajouter l'A.V.T.S. sont également attribués dès que l'ayant-droit atteint 60 ans d'âge.

La majoration conjoint à charge est allouée à un taux réduit -50 F par an- tant que le conjoint n'atteint pas 60 ans -contre 65 ans en Métropole- Le taux plein, égal au montant de l'A.V.T.S., est servi au-delà c'est-à-dire 3 ans plus tôt qu'en Métropole.

Pour que cette allocation soit réellement servie, il faut que les ressources du postulant n'excèdent pas une certaine limite qui est identique à celle de la Métropole.

Cette égalité est apparemment une bonne chose.

Instituer des mesures uniformes sur l'ensemble des départements français, qu'ils soient de Métropole ou d'Outre-Mer peut sembler logique.

Cependant, si la situation d'ensemble dans un domaine déterminé n'est pas identique, il peut en résulter des situations incohérentes.

Ainsi sur le plan social un réunionnais, sans qualification professionnelle -c'est-à-dire le salarié type- ne peut espérer qu'un emploi lui permettant de percevoir le S.M.I.C. inférieur de 40 % au S.M.I.C. métropolitain. D'ailleurs cette "espérance" ne se réalisera pas toujours, il devra souvent se contenter d'emplois occasionnels, sous payés et entrecoupés de longues périodes de chômage non rémunérées. Tout au long de sa vie active, il adaptera son mode de vie à ses maigres ressources. Il sera un travailleur à part.

Dès l'âge de 60 ans par contre, il entrera en retraite par le biais de l'A.V.T.S. Dès lors il deviendra un retraité à part entière

et plus encore un retraité privilégié. Tout d'abord parce que son homologue métropolitain ne pourra prétendre aux mêmes avantages que 5 ans plus tard.

En suite parce qu'en application de la législation sociale, il va percevoir une somme d'argent souvent supérieure à celle qu'il gagnait pendant sa vie active.

Prenez le cas limite du salarié qui atteint, ainsi que son conjoint, l'âge de 60 ans en 1974 après avoir élevé 3 enfants et dont le salaire annuel se situait aux alentours du salaire minimum ouvrant droit à l'A.V.T.S, c'est-à-dire 2 892 F 96 <sup>(1)</sup>.

Ce salarié, ayant réussi à se procurer les certificats attestant qu'il remplit la condition de durée de salariat, se verra allouer annuellement les sommes suivantes :

|                                                              |          |
|--------------------------------------------------------------|----------|
| - Avantage principal.....                                    | 3 500 F. |
| - Bonification enfants.....                                  | 350 F.   |
| - Majoration conjoint à charge.....                          | 3 500 F. |
| - Allocation supplémentaire FNS <sup>(2)</sup> -titulaire... | 3 800 F. |
| - " " -conjoint....                                          | 3 800 F. |

Soit au total..... 14 950 F.

C'est-à-dire 5 fois plus qu'en travaillant.

On peut même envisager le cas où un tel couple bénéficie d'une majoration pour tierce personne -17 134 F 52-. Cette tierce personne sera heureuse de percevoir, pour ses services, un salaire annuel de 5 000 F. La majoration constituera en réalité une rente annuelle supplémentaire de 10 000 F !

Pour en revenir au cas général, le couple prenant sa retraite verra son revenu presque systématiquement augmenté et très souvent multiplié par 2 ou 3.

Par conséquent il y a à ce niveau une différence de situation fondamentale : si les avantages servis Outre-Mer sont les mêmes en valeur absolue, ils sont très différents en valeur relative : la retraite pour le bénéficiaire de l'A.V.T.S correspond à une perte de

.../...

1) Ils sont nombreux à percevoir entre 3 000 et 5 000 F par an.

(2) Fond National de Solidarité dont le montant s'élève à 4 500 F en 1976.

revenu considérable en Métropole et à une augmentation de revenu non moins considérable à la REUNION.

Psychologiquement les "Vieux travailleurs salariés" selon leur origine abordent leur 60ème, ou 65ème année, différemment. Le Réunionnais attend avec impatience, le Métropolitain avec angoisse.

Le fait que le bénéficiaire de l'A.V.T.S. trouve dans sa vieillesse un mieux, par rapport à sa vie active, n'est pas en soi une mauvaise chose.

Par contre, ce qui nous semble désagréable /<sup>voir</sup> malsain, dans cette situation, c'est qu'elle conforte le travailleur Réunionnais dans sa mentalité d'assisté qu'on lui reproche souvent et dont il souffre certainement.

Il va être tenté de considérer cette situation, ou toute autre situation équivalente comme une panacée. Son idéal ne sera pas de trouver et de conserver un emploi mal rémunéré mais plutôt d'obtenir une "pension". Il recherchera systématiquement toutes les formes d'aide sociale et autres "petits secours", selon l'expression créole.

Obtenir un "revenu supérieur en qualité de retraité ou de pensionné par rapport à celui qu'on peut espérer en tant que salarié ne peut être un idéal exemplaire ; ne devrait pas être un idéal !

La solution serait sans aucun doute, une plus juste rémunération du travail réellement effectué. Mais encore faudrait-il qu'il y ait possibilité d'emploi pour tous. Or cette possibilité n'existe pas et elle n'existera pas davantage demain ni après demain...

Alors pourquoi ne pas envisager une solution originale, adaptée et non calquée sur l'exemple Métropolitain ?

Une solution qui resterait logique et honorable depuis le début jusqu'à la fin de la carrière du travailleur Réunionnais ?

.../...

## D - L ' ASSURANCE INVALIDITE

---

La pension est calculée en fonction du salaire annuel moyen déterminé d'après les salaires des 10 meilleures années revalorisées depuis 1948 pour la Métropole, et seulement depuis 1955 pour les D. O. M.

Dans ce cas également la pension minimale doit pas être inférieure au montant de l'A.V.T.S. Le cumul de la pension et de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité procure très fréquemment à l'invalidé Réunionnais des revenus supérieurs à ceux qu'il possédait durant sa vie active. Sur ce point encore, la législation sociale en avance sur la législation du travail, favorise la mentalité d'assisté : mieux vaut être pensionné et gagner plus que d'être travailleur et gagner moins !

## E - L ' ASSURANCE ACCIDENT DU TRAVAIL

---

Lorsqu'un assuré est victime d'un accident du travail, l'Assurance Sociale, tout au long de sa vie, lui verse une rente destinée à réparer le préjudice causé au bénéficiaire.

Cette rente se calcule en tenant compte de deux éléments, le salaire et le taux d'incapacité permanente partielle -I.P.P.- calculé par le Contrôle Médical selon des barèmes pré-établis.

.../...

### Incidence de la rente sur la psychologie du travailleur

Le calcul et les conditions d'attribution des rentes accident du travail sont les mêmes dans les D.O.M et en Métropole. Il n'y a donc pas, à proprement parler de spécificité dans ce domaine. Néanmoins, le fait même qu'il n'y ait pas de particularité au niveau des textes en provoque un au niveau des hommes :

Le salaire minimum de référence servant au calcul de la rente est identique à celui de la Métropole -23 641 F 01 en 1974- tandis que les salaires dans le département sont nettement inférieurs.

Le manque de relation qui existe donc entre la législation du travail, particulière aux D.O.M et la législation sociale <sup>(1)</sup>, identique à celle de la Métropole crée des situations aberrantes et malsaines sur le plan social.

Prenons le cas assez classique d'une employée de maison ou d'un journalier dont le revenu était en 1974 de 3 000 F par an ; un accident du travail lui attribue un taux d'I.P.P. de 30 % -cas d'un pouce coupé- la rente sera de 3 556 F.

La rente accident du travail sera sensiblement égale au salaire réel.

Quelle attitude adoptera un tel individu ? Continuera-t-il de travailler ou se contentera-t-il de sa rente accident du travail ?

Si le taux d'I.P.P. avait été de 60 % -par exemple amputation d'une jambe au tiers moyen inférieur- le salarié aurait eu une rente de 9 546 F, bien supérieure à son salaire. Bien que parfaitement appareillé on peut penser que le rentier n'envisagera pas un instant de retrouver un emploi, d'une part parce que la chose serait difficile et d'autre part, parce que le "jeu n'en vaudrait pas la chandelle".

.../...

(1) La première tient compte du problème Réunionnais relatif à l'emploi, alors que la deuxième l'ignore.

Pour un taux de 90 % -amputation d'un bras- la rente de 30 000 F par an égalerait approximativement 5 fois le salaire d'un ouvrier ou d'un coupeur de cannes. De quoi rendre un accidenté du travail heureux ! (1)

On en arrive ainsi, avec de bonnes intentions à créer l'injustice au sein d'une même catégorie sociale.

Du reste, cette affirmation pour être moins évidente dans d'autres domaines, n'en est pas moins générale.

Elle tient au contexte Réunionnais, à cet amalgame de situations différentes que l'on a réalisé ici. Tantôt en mettant en avant les particularités liées à l'insularité, au climat, à la colonisation d'autrefois, tantôt, au contraire, en désirant les effacer, sans y parvenir, au moyen de la départementalisation.

En quittant la vie active, retraités, invalides, accidentés du travail, deviennent souvent des privilégiés, enviés d'une grande partie de la population et déformant l'esprit de celle-ci.

Le rapport de la Commission Sénatoriale en mission en 1972 à la REUNION conclut à ce sujet : "Ainsi on peut assister aujourd'hui à une recherche systématique de toutes les formes d'aide sociale, du "petit secours" que l'on demande à tout propos et hors de propos et, par delà ce comportement, à la radicale incompréhension du principe même de l'aide sociale qui devrait rester subsidiaire par rapport à l'utilisation des ressources normales du travail ou à l'entraide familiale...caractérisé par la recherche de la facilité".

Il est évident que, l'importance à la REUNION des avantages sociaux, que nous venons de voir, par rapport aux revenus du travail contribue à développer, à entretenir et, hélas, à idéaliser cet état d'esprit d'assistés qu'a dénoncé la Commission Sénatoriale.

.../...

(1) Il existe réellement des accidentés du travail heureux. Le celui qui, se retrouvant paraplégique avec un taux d'I.P.P. de 100% et bénéficiaire de la tierce personne, au total un revenu de 40 719 déclarait, plein de gratitude : "c'est le "Bon Dieu" qui m'a envoyé cet accident".

F - LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Elles constituent une organisation originale que l'on a tenté d'adapter aux réalités sociales et économiques des D.O.M.

I - Les prestations

Toutes les prestations métropolitaines ne sont pas servies Outre-Mer ; il en est ainsi du salaire unique, des allocations de frais de garde et post natales.

II - Les allocations familiales proprement dites

a) - Les allocataires

Elles sont octroyées aux mêmes personnes qu'en Métropole, exception faite des artisans, commerçants et professions libérales qui en sont exclus.

En outre, les prestations sont également servies aux salariés agricoles incorporés au régime général et depuis 1970 aux non salariés agricoles <sup>(1)</sup> qui relèvent eux du régime agricole.

Mentionnons enfin que les fonctionnaires et agents des collectivités locales ne sont pas assujettis à la C. A. F. Ils bénéficient dans ce domaine également du régime métropolitain et le paiement des prestations est assuré directement par l'employeur.

.../...

(1) Régime constitué par le décret du 28 juin 1970 en application de la loi du 24 décembre 1969.

71

b) - L'ouverture des droits

Annualisée en Métropole, elle est dans les D.O.M. fonction du nombre de jours de travail réellement effectués.

Il en résulte que 20 % des allocataires ont des prestations réglées sur une base variant de 1 à 18 jours de travail par mois et 80 % sur une base se situant entre 18 j et 25 j<sup>(1)</sup>.

Les non salariés agricoles doivent réunir deux conditions pour l'ouverture des droits, à savoir :

- exploiter une superficie minimale de 2 hectares pondérés
- justifier du versement préalable des cotisations entièrement à sa charge.

c) - Le taux des prestations

Fixé par arrêté ministériel, le taux des allocations relativement servies dans les D.O.M, malgré une évolution légèrement plus rapide, demeure largement en deça du taux des prestations métropolitaines.

Il en résulte des dissemblances importantes :

- Notons toutefois une particularité qui va à contre courant de l'orientation générale : les A.F. sont servies dès le 1er enfant dans les D.O.M et seulement à partir du deuxième sur le territoire métropolitain.

- Mais la faveur ainsi consentie aux familles ayant un seul enfant fait place pour les familles plus nombreuses, à un désavantage qui s'accroît avec le nombre. Ainsi pour 3 enfants, les A.F. seront de 275 F 20 à la REUNION et de 420 F 76 en Métropole, soit 35 % de moins.

.../...

(1) 3 jours correspondent à 1 mois de travail complet.

(2) voir page 45 les coefficients de pondération selon les cultures pratiquées.

Pour 6 enfants <sup>(1)</sup> elles seront respectivement de 641 F 30 et 1 174 F 48, soit 45 % de moins.

La moindre progression des allocations en fonction du nombre d'enfants peut se justifier par le contexte social et économique des D.O.M, cette limitation quantitative des prestations ayant pour but :

### 1 - de freiner la démographie

Il serait plus exact d'écrire de moins l'encourager car les sommes ainsi allouées sont loin d'être négligeables. Elles constituent une partie importante du revenu des familles Réuniennaises et demeurent par conséquent un facteur incitateur indéniable de la forte natalité qui subsiste dans le département. Ce facteur favorisant de la démographie est également le fait de l'Aide Sociale dont l'action tend, dans ce domaine, à suppléer la C.A.F dès qu'un travailleur est privé d'emploi. Celui-ci touche alors 110 F par enfant (6 enfants : 660 F)

A ce propos, le Docteur PIEROTTI <sup>(2)</sup> écrivait :

"L'enfant dans ce rapport économique devient la seule production laissée au père comme démonstration de sa virilité et plus encore de son existence. Ça peut être l'enfant-sanction que l'on fait à la femme pour lui montrer où est le chef. Ça peut être l'enfant-ressource..."

D'ailleurs les bénéficiaires eux-mêmes ne désignent-ils pas les A.F. ou les sommes versées à ce titre par l'Aide Sociale, par le terme évocateur et significatif de "l'argent braguette".

### 2 - de modérer, justement, la tendance à considérer l'enfant comme un "enfant-ressource".

.../...

(1) De telles familles, ou des familles encore plus nombreuses sont très fréquentes dans le département.

(2) "Rapport de Mission sur la régulation des naissances dans l'île. Ecole Nationale de la Santé Publique."

permettre le développement d'une action sociale efficace en application du principe de la parité globale.

Dans les D.O.M, il a été prévu à cet effet une action sociale obligatoire incombant sur le plan financier aux C.A.F. Pour ce faire, elles doivent dégager une masse de crédits telle que, ajoutée aux allocations en vigueur, le volume des prestations métropolitaines soit pratiquement reconstitué. Le FASO est chargé de mener à bien cette action sociale.

1. - Le F. A. S. O : le Fonds d'Action Sociale Obligatoire

Le cadre de l'action sociale des C.G.S.S. fut déterminé dans un premier temps par l'arrêté programme du 16 mai 1961. La loi des Finances rectificative pour 1963 n° 63-778 du 31 juillet 1963, devenue l'article L 720-1 du code de la S.S., institua par la suite une action sociale obligatoire et créa pour ce faire le F.A.S.O dont les crédits selon l'article L 720-1 seront "obligatoirement affectés au financement de certaines réalisations sociales faites dans l'intérêt des familles ou contribuant au développement intellectuel et physique des enfants".

Ces dispositions remaniées et complétées par l'arrêté interministériel du 4 octobre 1968 (J.O du 12.10.68) figurent désormais dans le programme d'action sociale de la C.A.F.<sup>(1)</sup>.

Un Comité de Gestion spécial<sup>(2)</sup> est chargé sous la présidence du Préfet et de répartir les crédits alloués aux diverses réalisations sociales à entreprendre.

.../...

(1) Celle-ci fut créée par l'ordonnance n° 67-706 du 21.08.1967 et fonctionne depuis le 10.12.1971.

(2) Sa composition a été fixée par un arrêté interministériel du 4.10.1968 ; il comprend les responsables des services administratifs intéressés, 7 élus -1 conseiller général, 2 maires, 4 administrateurs de la C.A.F.- et 2 personnalités désignées par le Préfet.

Vis à vis du F.A.S.O, la C.A.F. n'est donc que l'organisme payeur des sommes ordonnées par le Préfet, lesquelles sont du reste considérables.

Elles représentaient initialement 35 % du montant des allocations familiales versées annuellement dans le département ; l'arrêté du 4 octobre 1968 a porté ce taux à 45 % ; depuis 1976 les crédits mis à la disposition du F.A.S.O représentent une somme équivalente à 46,95 % des prestations familiales, soit une somme de 59,7 millions de francs.

Il est à noter que le régime agricole ne participe pas à l'alimentation du F.A.S.O bien que ses ressortissants en bénéficient pleinement au même titre, d'ailleurs, que l'ensemble des habitants de l'île.

a) - Les différents domaines d'intervention

Le choix des réalisations sociales à promouvoir est déterminé par arrêté interministériel. Celui du 4 octobre 1968 précise qu'à la REUNION l'effort du F.A.S.O portera sur :

- les cantines scolaires
- les centres de formation pré-professionnelles
- le service des travailleurs sociaux
- les centres de régulation des naissances.

Dans le cadre de la loi de 1901, outre le Comité départemental de gestion, d'autres associations à but non lucratif ont été créées afin de mener à bien les divers objectifs

a1 - L'Association Réunionnaise pour la Formation Rationnelle de la Main d'Oeuvre (A.R.F.R.M.O)

donne une pré-formation professionnelle aux adolescents, mais également aux adultes.

a2 - L'Association Réunionnaise pour la Formation et l'Utilisation des Travailleurs Sociaux (A.R.F.U.T.S)

exerce davantage une action en faveur des familles par la formation des

travaux familiales mais encore grâce à ses programmes d'éducation hygiénique et de soins aux enfants, de formation ménagère des jeunes filles ou mères de famille.

### a3 - L'Association Réunionnaise d'Orientation Familiale (A.R.O.F)

a pour fonction de peser sur la démographie excessive de l'île. Pour cela elle informe massivement le public et propose gratuitement les différents moyens de contraception aux femmes en âge de procréer.

### a4 - Les cantines scolaires

Leur création et leur développement par le F.A.S.O justifie parfaitement l'existence de celui-ci. Les crédits ainsi octroyés tournent, en quelque sorte, aux bénéficiaires naturels des A.F. : les enfants.

Ils permettent à tous les enfants scolarisés -les parents étant ou n'étant pas allocataires- de recevoir une alimentation saine, variée et équilibrée. La subvention du F.A.S.O intervient selon les revenus des familles, autrement dit, la participation de celles-ci est le plus souvent nulle ou symbolique.

En 1972 on dénombrait 105 000 rationnaires pour 450 000 habitants ; le budget de 25 millions de francs représentait 59 % du budget du F.A.S.O.

Cette réalisation sociale se justifie d'autant plus qu'elle permet de lutter contre les nombreux cas de malnutrition existant dans le département (1).

Pour 1976 le budget du F.A.S.O en augmentation considérable, en outre, des crédits à la disposition des communes pour les travaux de gros équipements.

.../...

(1) Voir à ce sujet la thèse de doctorat en médecine soutenue en 1974 par MARK Thierry : "A propos de la sous nutrition à l'île de la Réunion".

## b) Appréciations critiques du système

Le F.A.S.O est assez largement critiqué par certains milieux Réunionnais lesquels sont avant tout victimes de leur susceptibilité. Ils rejettent le principe même du système à savoir la redistribution des prestations qui se réalise au détriment et à l'insu de l'allocataire. Ils y voient la marque d'une tutelle contraignante. Ainsi Mme M.... n'hésite pas à écrire à ce sujet dans un mémoire publié sur le F.A.S.O : "Les Réunionnais deviennent de plus en plus conscients de leurs responsabilités et le F.A.S.O constitue une atteinte à la dignité humaine. En effet, la mère de famille est-elle donc incapable de gérer ses prestations au point qu'il faille un préfet pour y suppléer ?".

En fait cet aspect du problème, s'il n'est pas sans valeur, ne paraît pas être déterminant ; l'esprit des textes ayant institué le F.A.S.O n'avait pas pour objectif d'établir une tutelle portant "atteinte à la dignité humaine" mais plutôt de tenir compte d'une situation de fait et, dans la mesure du possible, d'y remédier.

On reproche également à ce système de violer le principe de l'insaisissabilité des A.F. Cet argument n'est pas sans fondement. En outre on peut accuser l'institution de favoriser des réalisations qui ne sont destinées exclusivement ni aux bénéficiaires des A.F.-les enfants- ni aux allocataires mais à l'ensemble de la population.

Ce dernier point nous paraît plus sérieux car il est regrettable que des fonds assemblés à partir des prestations familiales ne soutiennent pas intégralement des réalisations destinées spécifiquement à la famille et plus particulièrement aux enfants. En effet, des organisations fort utiles comme l'A.R.F.R.M.O n'ont que des liens indirects avec les A.F. et relèvent davantage de l'Aide Sociale ou d'autres ministères ; il en est de même des crédits mis par le F.A.S.O à la disposition des communes et à utiliser pour leurs travaux de gros équipements.

.../...

Quoiqu'il en soit de ces critiques, le F.A.S.O nous paraît être un organisme remarquable en ce sens qu'il est spécifiquement adapté aux D.O.M. Il n'a pas été réalisé, comme la plupart des institutions de l'île, pour une métropole aux problèmes le plus souvent posés. Au contraire, il a été conçu en tenant le plus grand compte des problèmes spécifiques à ces départements : natalité galopante, chômage très élevé, faible niveau de vie etc...

En particulier, cette adaptation aux réalités réunionnaises et les résultats obtenus par le F.A.S.O, notamment au niveau de la nutrition des enfants par le biais des cantines scolaires, entraînent que les griefs de principe que l'on peut formuler à l'encontre d'une telle institution paraissent dérisoires.

En résumé, le F.A.S.O tout en réalisant une redistribution d'avantages, a œuvré -et oeuvre- pour une plus grande qualité de vie dans le département. Pour cela, il agit tout à la fois sur l'alimentation, l'éducation et l'hygiène d'une grande partie de la population. En outre, il permet dès aujourd'hui à la REUNION de contenir sa démographie et très vraisemblablement lui permettra demain de la maîtriser.

ooooo

.../...

## CHAPITRE III

---

PARTICULARISME DE CONCEPTION LOCALE :

LE TIERS-PAYANT REUNIONNAIS

### I N T R O D U C T I O N

---

#### 1 - Définition générale

Le terme et la notion de Tiers-Payant ne sont pas très familiers aux non initiés des questions de Sécurité Sociale. Ce terme découle de la notion même : le Tiers-Payant désigne un système dans lequel il existe un tiers -l'assureur- payant au lieu et place du malade -l'assuré- les divers soins médicaux consommés par celui-ci.

Il y a donc tiers-payant, ou encore délégation de paiement, dès lors qu'un assuré bénéficie de soins et de médicaments sans en régler le montant intégral à divers praticiens, fournisseurs et établissements, autrement dit, dès lors qu'un assuré social ne fait plus l'avance intégrale des frais.

#### 2 - Bases juridiques du tiers-payant

---

Dès sa création, la Sécurité Sociale a respecté, d'elle-même, les principes traditionnels de la médecine libérale<sup>(1)</sup> notamment le paiement direct des soins par le malade. Néanmoins, des exceptions à

(1) Bien qu'elle se soit donné la possibilité d'instaurer parallèlement une médecine de Caisse, elle ne s'est jamais servie de cette arme.

Le principe ont été définies. Elles ont un caractère obligatoire, quand elles visent à assurer les soins nécessaires dans des cas considérés comme graves sur le plan médical (affections de Longue Durée, hospitalisation - ou social - accident du travail, Aide Médicale Gratuite). Dans les autres circonstances, elles ont un caractère facultatif et sont prévues essentiellement par les deux textes suivants :

- L'article L 288 du Code de la Sécurité Sociale (ordonnance 67-111 du 21 août 1967 ratifié et modifié par la loi 68-698 du 31 juillet 1968)

Il précise en particulier que la part garantie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie est remboursée "... soit directement à l'assuré, soit à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention et dans la mesure où cette convention respecte la réglementation conventionnelle de l'Aide Médicale."

- L'article 85 du règlement d'administration publique du 30 décembre 1945 (décret 45 0179 portant application de l'ordonnance du 19 octobre 1945)

Il stipule, alinéa 2, paragraphe 3 "...l'assuré peut déléguer un tiers pour l'encaissement de prestations.

Cette délégation ne peut être donnée que pour une seule maladie..."

Ce texte écartait donc l'idée d'une délégation de paiement définitive. Sa signification première était, très certainement, la perception des prestations par un parent ou un voisin au lieu et place de l'assuré immobilisé.

Plus tard, toute délégation de paiement permanente, officielle ou officieusement légalisée tirera sa légitimité de cet article. La circulaire n° 23 AS du 30 mai 1973 (non parue au J.O.) relative à la délégation de paiement au bénéfice des pharmaciens en fournit

.../...

exemple :

"... Il convient de rappeler également que, en application de l'article 85, paragraphe 3 du décret n° 45-0179 du 29 décembre 1945, l'assuré peut donner délégation à un tiers (fournisseur de produits, prestataire de service) de percevoir en son lieu et place, directement de la caisse primaire, le montant des sommes dues par celle-ci en remboursement desdits produits ou services. L'assuré se trouve ainsi dispensé de faire l'avance des frais en remettant au fournisseur de produits ou au prestataire de services (auxiliaire médical, ambulancier, pharmacien, etc) la délégation précitée."

Il s'agit d'une application partielle de l'article 85 car il n'est pas fait mention de la phrase : "Cette délégation ne peut être donnée que pour une seule maladie"

De la même manière cet article ainsi amputé a joué un rôle dans l'instauration du Tiers-Payant généralisé à la REUNION.

### 3 - Diverses formes de Tiers-Payant

En métropole, le Tiers-Payant, loin d'être généralisé, recouvre, tout de même, une part importante des prestations sociales.

Son développement est lié à plusieurs causes notamment une législation particulière dans le cas des accidents du travail, des soins onéreux découlant de l'hospitalisation ou de la "longue maladie" la solidarité nationale pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Gratuite, la défense d'intérêts corporatifs pour les mutualistes etc...

### 4 - Orientations nationales

La pratique généralisée du Tiers-Payant est bientôt vieille de 20 ans à la REUNION ; sur le plan national, par contre, c'est un

.../...

problème d'actualité. Il semble, en effet, que l'on se préoccupe, non de généraliser, du moins d'étendre ce système. Certains commencent à y voir un moyen de prévention efficace contre la maladie.

Ainsi l'Inspection Générale des Affaires Sociales, dans son rapport annuel de 1972, est très quinquise quant à l'effet du tiers-payant et de l'exonération du ticket modérateur sur la propension des assurés à consommer des soins, allant même jusqu'à affirmer, à propos de l'expérience se déroulant dans la région de MAUBEUGE :

"Si le tiers-payant généralisé a indiscutablement entraîné un lourdissement des charges pharmaceutiques pour la Caisse Primaire, le fait de faciliter l'accès aux médicaments a contribué, indirectement à réduire les dépenses d'hospitalisation"

Cette affirmation, profession de foi à l'égard du tiers-payant, de l'exonération du ticket modérateur et des premiers soins -appelés ailleurs petit risque- n'est pas confirmée, mais au contraire infirmée de la façon la plus claire, par l'expérience réunionnaise (1).

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés, pour sa part, a passé avec les syndicats des pharmaciens d'officine une convention relative à la dispense de l'avance des frais au bénéfice des assurés sociaux exonérés du ticket modérateur.

Cette orientation, si elle se précisait, pourrait être lourde de conséquences pour l'équilibre financier, déjà précaire, de la Sécurité Sociale.

ooooo

.../...

(1) Voir page 131 et suivants.

## A - APPROCHE DE L'HISTORIQUE DU TIERS-PAYANT REUNIONNAIS

---

### I - Contexte social ayant présidé à sa naissance

S'il existe un domaine où la Caisse Générale de Sécurité Sociale a fait preuve d'originalité, c'est bien celui du tiers-payant. En effet, ce système encore appelé, improprement, "entente directe" est unique, les autres départements d'Outre-Mer ne l'ayant jamais adopté.

Il est généralisé à tous les soins, hospitalisation, médecine, dentisterie, pharmacie, laboratoire, orthopédie, auxiliaires médicaux etc...

Il s'adresse, en principe, aux plus défavorisés des assurés sociaux, afin qu'ils ne supportent pas l'avance des frais. En outre, les bénéficiaires de ce système sont, le plus souvent, exonérés totalement ou partiellement du ticket modérateur ; les services de l'Aide Médicale prenant celui-ci à sa charge.

En contrepartie les critères retenus pour admettre un assuré au bénéfice du tiers-payant institué par la Sécurité Sociale sont ceux de l'inscription sur une liste établie par les services de l'Aide Sociale qui est très développée à la REUNION.

Dans ces conditions il est difficile d'étudier le système de tiers-payant mis sur pied par la Caisse Générale de Sécurité Sociale sans évoquer l'Aide Médicale Gratuite, les deux systèmes étant étroitement liés.

.../...

Les conditions sociologiques, économiques et sanitaires dans lesquelles fut étendue l'assurance maladie au département par la loi du 10 août 1954, étaient telles que l'institution d'un système d'assurance sociales plus social que celui qui existait ailleurs, était en soi une excellente chose. Le problème de savoir si le système choisi était bien celui qui répondait le mieux aux besoins du pays reste entier. Certains étaient et restent persuadés que d'autres solutions eussent été préférables au choix effectué alors par le Conseil d'Administration de la Caisse Générale de Sécurité Sociale. En fait, ce choix a été guidé par des considérations d'ordre social.

Par ailleurs, pour certains, il présentait l'avantage de respecter dans un pays pauvre et sous développé, les principes de la médecine libérale, en vigueur dans une métropole riche et industrialisée.

Partant de ces données, il est évident que l'on ne pouvait demander aux assurés sociaux Réunionnais de consentir l'avance de frais. Cette exigence, pour la plupart des assurés, quasi indigents, constituait un obstacle insurmontable. Ils auraient quitté la Sécurité Sociale pour retourner au sein de l'assistance. Ceux qui n'auraient pu se réfugier à l'Aide Sociale risquaient alors de ne pas pouvoir obtenir les soins qui leur étaient nécessaires.

Dans le département, la Sécurité Sociale n'aurait pu parvenir au but pour lequel elle avait été instituée.

D'ailleurs, une étude faite aux ANTILLES en 1959, sur l'application des législations sociales vérifiait ces inquiétudes. Elle avait conclu que le régime de Sécurité Sociale avait atteint son but en ce qui concernait les classes moyennes ou élevées, mais qu'elle n'avait apporté aucun bien-être aux classes les plus défavorisées qui s'accrochaient au système de l'Aide Médicale Gratuite.

L'empreinte profonde de l'assistance sur des personnes démunies de ressources régulières, plaidait donc pour la mise en place par la Sécurité Sociale d'un système qui fut proche de celui de l'Aide Médicale Gratuite, auquel étaient familiarisés tous les habitants de l'île.

Quand on emploie le terme tiers-payant, on pense surtout au système établi par la Caisse Générale de Sécurité Sociale. C'est oublier que l'Aide Médicale Gratuite est une forme de tiers-payant généralisé dont le fonctionnement est soit parallèle, soit complémentaire.

Les bénéficiaires de l'un de ces deux systèmes sont souvent des bénéficiaires de fait ou des bénéficiaires futurs de l'autre système.

- Aussi nous conviendrons de désigner par :

T.P. S.S. : le système de tiers-payant généralisé aux soins à domicile mis en place par la Sécurité Sociale, doublé en général d'une exonération totale ou partielle du ticket modérateur par le biais de l'Aide Médicale.

A.M.G. : le tiers-payant de l'Aide Sociale

T.P. : l'ensemble des deux systèmes : T.P. S.S. + A.M.G.

## II - Mise en place du système T.P. S.S.

### a) - Premières tentatives dès 1955

Le système appelé alors système du "paiement direct" est né en fait dès 1955, son berceau eût pour cadre l'illégalité.

.../...

### a) - Initiatives préfectorales

Peu après la parution de la loi du 13 août 1954, instituant l'assurance maladie dans les départements d'outre-mer, le Préfet du moment, dont le premier souci semble être un allègement des dépenses d'aide médicale, dans une circulaire adressée à tous les Maïres du département, demande, afin de revenir vers la légalité instituée par l'ordonnance du 19 octobre 1945 :

- le recensement de tous les assurés sociaux.
- la radiation des listes d'assistance des assurés sociaux travaillant à temps plein, ceux-ci étant supposés avoir des ressources suffisantes leur permettant d'acquitter le ticket modérateur.

Dans les mairies, des agents municipaux délivrent aux assistés et aux assurés maintenus au bénéfice de l'assistance, des feuilles de soins, des "bons" comme il est coutume de les appeler. Ces bons sont expédiés mensuellement par les praticiens et fournisseurs aux Services de l'Aide Médicale qui transmettent à la Caisse Générale de Sécurité Sociale pour examen des droits les bons concernant les assurés assistés. Si les droits sont couverts, la Caisse Générale de Sécurité Sociale rembourse le département.

Il y a donc, déjà, avance des frais par l'Aide Médicale et remboursement subordonné à un examen des droits par la Sécurité Sociale.

C'est bien l'ébauche d'un système de tiers-payant pour assistés prévu par l'ordonnance du 19 octobre 1945.

D'ailleurs, dès le 17 février 1955, le Préfet soumet au Conseil d'Administration de la Caisse Générale de Sécurité Sociale un avant-projet destiné à réglementer et à améliorer cette pratique, précisant les rapports entre les services d'assistance, la Caisse Générale de Sécurité Sociale, les assurés sociaux et les praticiens. Il y est notamment prévu que :

- les assurés sociaux seront soumis au contrôle de l'assistance et recevront des médecins de l'assistance les mêmes soins que les assurés sociaux ordinaires.
- le règlement des divers praticiens et fournisseurs sera effectué directement par l'assistance médicale au tarif de responsabilité de la Caisse Générale de Sécurité Sociale.
- la Caisse remboursera mensuellement, sur justification, les sommes avancées par ce service.

a2- Initiatives de la Caisse Générale de Sécurité Sociale

Le Conseil d'Administration de la Caisse saisi du texte préfectoral semble ignorer totalement chacune de ces propositions, par contre ce projet lui en a peut-être inspiré un autre.

En effet, dès le 15 mars, moins d'un mois après réception du texte de l'Aide Sociale, le Conseil d'Administration décide l'institution du "paiement direct" des honoraires médicaux par la Caisse Générale de Sécurité Sociale, au bénéfice des assurés sociaux nécessiteux. Une convention à l'usage des médecins est élaborée.

Elle stipule que les assurés sociaux, ou ayants-droit, dont les "ressources ne permettent pas de faire l'avance des frais médicaux", obtiendront, sur leur demande, le bénéfice du paiement direct des honoraires aux médecins, par la Caisse Générale.

Pour ce faire, l'assuré remet au praticien, une feuille de maladie où a été apposée la mention "droits ouverts". Le médecin percevra directement la participation de l'assuré et enverra à la Caisse, tous les mois, un bordereau nominatif avec les feuilles de maladie, à partir desquelles la Caisse réglera la part qui lui incombe.

.../...

Cette convention, volontairement imprécise, s'agissant des "ressources ne permettant pas de faire l'avance des frais médicaux" sera en violation avec le règlement départemental du 2 mai 1955 fixant le statut des assurés sociaux au regard de l'Aide Médicale, lequel permet l'inscription sur les listes d'assistance, des seuls assurés sociaux indigents, reconnus par les commissions d'admission comme étant dans l'impossibilité de faire face au paiement du ticket modérateur.

Ce règlement écartait donc du bénéfice de tout système de T.P. S.S. les assurés pouvant prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur.

Le Conseil d'Administration venait donc de faire le premier pas vers une généralisation du T.P. S.S.

Ce premier pas a été, certainement, rendu possible grâce à la position peu tranchée, sur ce sujet, des services de l'Aide Sociale qui reconnaît aujourd'hui le caractère confus et souvent contradictoire de la correspondance échangée, à l'époque, sur cette affaire avec la Caisse Générale de Sécurité Sociale.

D'où, peut-être, la prudence du directeur départemental de la Sécurité Sociale, exerçant la tutelle.

Celui-ci, en effet, ne s'oppose pas à cette décision du Conseil d'Administration. Il précise seulement : "j'ai soumis au bureau intéressé de l'administration supérieure les divers aspects de ce problème délicat".

Il possédait, pourtant, tous les arguments légaux à opposer à une telle initiative<sup>(1)</sup>. Il jugea préférable de laisser avancer ces

.../...

(1) Voir page 93 le décret du Conseil d'Etat de 1952 interdisant le tiers-payant médical.

Voir également page 128 l'article L 389 du Code de la S.S. (loi n° 100 du 19.10.1945, codifiée par le décret du 10.12.1956) qui énumère les diverses possibilités de tiers-payant au bénéfice des assurés sociaux.

arguments par "l'administration supérieure".

Toujours est-il que la réponse timorée de la tutelle est mise à profit par le Conseil d'Administration. Celui-ci fixe au 16 mai 1955 la date d'application du T.P. S.S.

Pour ce faire, d'urgence, les structures du système sont "officialisées" par la signature d'une convention avec les médecins, et par la mise en place de quelques correspondants locaux de la Caisse Générale de Sécurité Sociale.

De la part du Conseil d'Administration, c'est donc une espèce de coup de force ; pour la tutelle et le département, c'est une mise devant le fait accompli.

### a3- Refus du Ministère

Dès le 25 mai 1955, après 9 jours de fonctionnement, le système aura cessé d'exister.

En effet, les arguments légaux que le directeur départemental de la Sécurité Sociale n'a pas opposés de sa propre initiative, il les opposera sous le couvert des instructions ministérielles, dans sa lettre du 23 mai 1955, adressée au Conseil d'Administration :

"Monsieur le Ministre rappelle que la loi du 13 août 1954 a étendu les dispositions de l'ordonnance du 19 octobre 1945 aux départements d'Outre-Mer sous les réserves qu'elle énonce et qu'aucune modification ni réserve n'ayant été apportées à l'article 25, les dispositions dudit article doivent être appliquées dans leur intégralité.

Or, aux termes de ce texte "la part garantie par les caisses est remboursée à l'assuré ; toutefois elle peut être versée directement à l'établissement dans lequel les soins ont été donnés". Il s'ensuit que l'assuré doit faire l'avance des frais médicaux et pharmaceutiques

.../...

à charge pour la caisse de lui rembourser la part qu'elle garantit. Ce texte interdit ainsi l'institution du système du tiers-payant .

" Monsieur le Ministre m'informe donc qu'il ne peut donner son accord aux projets de convention instituant le bénéfice du paiement direct établis entre votre organisme et les syndicats médicaux.

Monsieur le Ministre, insiste sur le fait qu'il est indispensable que soit maintenu le système de règlement direct par l'intermédiaire des services d'assistance.

L'intervention de ces services se justifie d'autant plus que la part garantie par la caisse ne peut, en aucun cas, être versée directement entre les mains du médecin qui a dispensé les soins.

En effet, des avis émis par le Conseil d'Etat les 19 février et 12 août 1952, il résulte que le médecin traitant qui est l'ordonnateur de la dépense, ne peut être considéré comme un tiers pour l'encasement des prestations."

#### n4 - Acquis de cette aventure

Le veto ministériel met fin à la première expérience du "paiement direct" dans laquelle le Conseil d'Administration de la Caisse s'était lancé assez légèrement.

Mais une situation anormale a été créée ajoutant à la confusion qui régnait déjà.

Il restera de cette expérience :

- Sur le plan pratique, la création des correspondants locaux dont la mise en place se poursuit dans le but de procéder à l'ouverture des droits des assurés indigents, sur les feuilles d'Aide Médicale.

- Dans les esprits, le sentiment que l'expérience a failli réussir, et qu'il est donc possible d'aménager la légalité.

Cette première tentative de la part du Conseil d'Administration de la C. G. S. S. a échoué, mais celui-ci en tirera la leçon ; il sera plus habile pour saisir, à l'avenir, toute occasion.

b) - Mise en place du deuxième système en 1957

b1 - Facteurs ayant rendu possible la signature d'une convention C. G. S. S. - Aide Médicale

En deux ans les choses ont évolué.

Tout d'abord, sur le plan financier, les dépenses de soins ont considérablement augmenté ; dans le même temps, les crédits alloués au département pour l'exercice de 1957 au titre de l'Aide Sociale ont été réduits. Pour ces raisons, le Préfet envisage, à propos des assurés sociaux, notamment indigents, de ne plus faire l'avance des frais correspondant à la part qui incombe à la Sécurité Sociale.

Ensuite sur le plan juridique, l'arrêté du 14 février 1957 fixe le règlement type de l'Aide Médicale pour les départements d'Outre-Mer. L'article 57 de ce règlement reprend l'article L 387 du Code de la Sécurité Sociale (décret du 10 décembre 1956) selon lequel : les assurés sociaux et leurs ayants-droit peuvent bénéficier de l'aide médicale pour la part des dépenses non couvertes par la Sécurité Sociale.

Ce même article 57 préconise la signature d'une convention entre le département et la C. G. S. S., selon laquelle l'un des organismes, C. G. S. S. ou Aide Sociale, réglerait aux praticiens la totalité des dépenses de soins à domicile des assurés sociaux, sous réserve du remboursement de la quote part par l'autre organisme. En ce sens, le règlement type de l'Aide Médicale outre-passe la légalité instituée.

par les articles L 388 et L 389 du Code de la Sécurité Sociale (ordonnance du 19 octobre 1945 modifiée par le décret du 10.12.56) lesquels fixent des limites bien précises à la liaison Aide-Médicale-Sécurité Sociale relative aux assurés-assistés (1).

## b2 - La convention

La notion : "assurés-sociaux ou ayants-droit, dont les ressources ne permettent pas de faire l'avance des frais" retenue par la Caisse Générale dans son projet de 1955, semble avoir été une des causes du refus de la tutelle.

En effet, cette notion s'appliquait à des gens qui n'appartenaient pas à l'Aide Médicale. Or cette appartenance était nécessaire à tout système de "paiement direct" : la Caisse Générale, selon l'avis émis par le Conseil d'Etat, ne pouvant régler directement les médecins<sup>(2)</sup>.

Dans la convention de 1957, les bénéficiaires du T.P. S.S. sont désignés par le critère : "bénéficiaires de l'Aide Médicale ou inscrits sur une liste de l'Aide Médicale". Ce critère recouvrira, en fait, les mêmes assurés sociaux. Il s'agit là d'une subtilité juridique que l'on va exploiter pour instituer à la REUNION un système de T.P. S.S. La seule difficulté étant de ménager la légalité, et peut-être aussi les susceptibilités.

Après un échange de correspondance entre le Ministre de la Santé et celui de la Sécurité Sociale, le feu vert pour la mise en place du deuxième système est donné.

Le 15 juillet 1957 une convention est établie (3). Elle ne se heurte pas au veto de la tutelle.

.../...

(1) Voir page 127 et suivantes

(2) Voir page 93

(3) Voir en annexe le texte de cette convention P. 193 et suivantes

### b3 - Critique de cette convention

1° - Sur la forme, certains points du texte ont été retouchés, nuancés par rapport à 1955.

Il en est ainsi de la délégation à un tiers, des rapports assurés-praticiens, de l'élargissement du système aux assurés sociaux émunis de ressources.

La retouche essentielle, la trouvaille, si l'on peut dire, est que la convention n'est plus conclue, comme c'était le cas en 1955, entre la Caisse et les praticiens, mais entre la Caisse et l'Aide Médicale.

Il en découle très normalement, que les bénéficiaires ne sont plus les assurés sociaux qui ne peuvent faire l'avance des frais, mais les assurés sociaux bénéficiaires de l'Aide Médicale ou inscrits - "pour ordre (?) - sur les listes de l'Aide Médicale.

Chaque institution réglant séparément les frais mis à sa charge, les correspondants locaux dans les communes doivent distinguer deux catégories de bénéficiaires :

- les assistés non assurés qui ne relèvent que des services de l'Aide Médicale,
- les assurés assistés.

En ce qui concerne cette dernière catégorie, la Caisse règle automatiquement au praticien la part qui lui incombe ; pour le rest, l'Aide Médicale intervient selon la situation des intéressés, totalement, partiellement ou...pas du tout ! Il se trouve, par conséquent, des gens appelés assistés pour lesquels l'Aide Médicale n'intervient pas !

Il existe donc de faux assistés, appelés officiellement assurés-assistés pour ordre, ou encore assurés-assistés ticket modérateur à charge.

- Les assistés purs reçoivent du correspondant local les "bons" blancs de l'Aide Médicale.

- Les assurés-assistés les "bons" roses de la C. G. S. S. plus les "bons" bleus, dans ce cas, de l'Aide Sociale.

- Les "faux assistés" ne recevront que les "bons" roses de la C. G. S. S.

Les médecins et les fournisseurs perçoivent la participation laissée à la charge de l'assuré et se font rembourser le complément par la Sécurité Sociale et le cas échéant, par l'Aide Sociale.

2° - Sur le fond, rien de fondamental n'est changé. Les difficultés d'ordre juridique ont été aplanies mais en fait elles n'ont pas disparu pour autant :

- Les assurés assistés-ticket modérateur à charge, ces faux assistés, devaient en 1955 être inclus dans le contingent : "assurés sociaux dont les ressources ne permettent pas de faire l'avance des frais".

Ce sont eux finalement qui avaient été à l'origine des difficultés de 1955. Les voici, sous cette dénomination pratique d'assistés pour ordre, intégrés au système.

Cela aurait pu permettre à la convention C. G. S. S.-Aide Sociale d'avoir un caractère cohérent, de conserver un semblant de légalité... Encore eut-il fallu pour cela d'une part respecter les avis du Conseil d'Etat de 1952, selon lesquels, s'agissant des assurés - et pas des assistés- le médecin traitant, ordonnateur de la dépense ne peut être considéré comme un tiers pour l'encaissement des prestations (1) et, d'autre part, choisir un mode de liaison Sécurité Sociale-

(1) En effet, selon la circulaire 123 SS du 23.9.1952 : "le Conseil d'Etat, en sa séance du 12.2.1952 a estimé que si l'article 87, paragraphe 3, du décret du 29.12.1945 a prévu la possibilité pour l'assuré de donner mandat à un tiers pour l'encaissement des prestations, un tel mandat ne saurait être accordé au médecin traitant pour l'encaissement de la part garantie des honoraires médicaux qui lui sont dus"  
 "...En effet, en raison des rapports existant entre l'assuré et son médecin, celui-ci ne saurait être considéré comme un tiers au sens de la disposition réglementaire ci-dessus rappelée..."

Aide Médicale conforme à l'article L 389 (1) lequel, préconise en outre le règlement des praticiens par les services de l'Aide Médicale, la C. G. S. S. remboursant ceux-ci.

Tout s'est donc passé comme si l'on avait, avec la complicité du département négligé la légalité régissant les rapports Aide Médicale assurés sociaux, pour ne s'attacher qu'aux apparences : les bénéficiaires du paiement direct seront tous, avec plus ou moins de bonheur, affublés du qualificatif d'assistés.

Pour conserver cette façade de légalité, il a fallu en arriver à la situation paradoxale suivante :

Les services départementaux d'Aide Sociale détiennent seuls un pouvoir de décision sur un problème qui ne concerne que la C. G. S. S.

Ils décident, seuls, si telle ou telle personne a droit ou non au tiers-payant organisé par la C. G. S. S. Il est à craindre que ce pouvoir, détenu en réalité par les municipalités, soit utilisé à des fins autres que celles dictées par les intérêts des assurés sociaux.

Entre le système de 1955 et celui de 1957 peu de choses diffèrent, si ce ne sont des conditions financières départementales mauvaises et un texte réglementaire relatif aux Départements d'Outre-Mer, peut-être élaboré à l'occasion de ces difficultés financières mais en tout cas, répétons le, en harmonie tout à fait relative avec la légalité des articles L 388 et L 389<sup>(1)</sup> du Code de la Sécurité Sociale.

Par conséquent, on peut penser que le système éphémère de 1955 n'a en fin de compte, pas été vain.

D'une part, il a préparé les esprits et d'autre part, il a servi de fondement à celui de 1957.

.../...

(1) Voir page 127 et suivantes

c) - Portée du protocole du 15 juillet 1957

La mise en application du protocole, toujours en vigueur à l'heure actuelle, a entraîné le maintien ou l'inscription sur les listes permanentes de l'Aide Sociale de 92 000 assurés sociaux à faibles ressources. Pour 44 000 d'entre eux l'inscription a pour seul objet d'octroyer, par le truchement de l'Aide Sociale, le bénéfice du T.P.S.

Dans le rapport dressé à la suite de la mission qu'il a effectuée à la REUNION en septembre 1960, l'Inspecteur Général WUILLAUME, tout en reconnaissant la portée sociale du système instauré dans ce département, souligne que ce régime, tel qu'il est pratiqué, doit, en principe être condamné, notamment parce qu'il conduit à des inscriptions trop nombreuses sur les listes d'Aide Médicale : "l'assimilation des assurés sociaux à faibles revenus à des indigents, faussant les critères de l'indigence proprement dite".

d) - Remaniements successifs du système

Si l'on en juge par les nombreuses prises de positions émanant de la C. G. S. S., de la tutelle, et du département, la convention de 1957 est loin de satisfaire à l'usage tous ceux qui l'avaient agréé et signé.

d1 - Tentatives ministérielles de 1958

Dès le mois de mai 1958, le Préfet porte à la connaissance du Conseil d'Administration de la C. G. S. S. des instructions ministérielles visant déjà à remettre en cause la convention.

Il s'agit, en fait, de placer les assurés sociaux assistés sous le contrôle prépondérant de l'Aide Sociale, dans les domaines aussi divers que ceux des soins, des dépenses ou encore du contrôle médical.

.../...

- Les soins seraient donnés par les médecins de l'Aide Sociale dans les mêmes conditions que pour des assurés sociaux ordinaires.

- Les dépenses seraient payées par l'Aide Sociale. La C.G.S.S. chaque fin de trimestre, verserait une participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés soignés pendant le trimestre, au titre de l'Aide Médicale.

- Le contrôle médical serait réorganisé, il serait créé en contrôle commun aux deux organismes.

Cette nouvelle façon ministérielle d'appréhender le problème ne sera pas suivie d'effet, ce qui est très regrettable...

D'abord parce qu'il s'agissait de revenir vers la légalité du Code de la Sécurité Sociale (1) tout en ménageant le règlement départemental de l'Aide Médicale.

Ensuite, parce que appliquées ces dispositions légales auraient permis un meilleur fonctionnement du T.P.S.S., notamment une meilleure gestion.

Mais personne ici ne désirant réellement de nouveaux changements, cette tentative de remaniement du T.P. plus exactement de la liaison Sécurité Sociale-Aide Médicale, tourna court.

#### d2- Avenant du 16 février 1959

Les instructions ministérielles de 1958 restant lettres mortes, sur le plan de la légalité le système du T.P.S.S. ne devient pas plus présentable qu'il ne l'était auparavant.

On s'efforce alors de donner à ses bénéficiaires une image plus douce de leur qualité d'assuré. Pour cela, dans cet avenant, il ne sera pas fait allusion aux faux assistés. Jamais plus on n'y mentionnera les assurés sociaux inscrits sur les listes, ou encore les assurés sociaux assistés ayant le ticket modérateur à charge.

./...

(1) Voir page 128 l'article L 389-

On prétend ignorer leur existence, en évitant tout ce qui pourrait la révéler.

C'est ainsi que l'article 1er devient :

"le paiement direct est applicable aux seuls assurés sociaux bénéficiaires ou inscrits à l'Aide Médicale? Suppression du mot liste.

De même, l'article 5 est modifié :

"les praticiens et pharmaciens perçoivent éventuellement la participation laissée à la charge de l'intéressé".

On se garde bien de préciser que cette participation peut être égale au montant du ticket modérateur.

Toujours dans le même esprit de concordance, cet avenant prévoit un début de contrôle commun : la liquidation des dossiers "bons" roses est assuré par la Caisse Générale qui signalera à l'Aide Médicale toute anomalie relevée la concernant.

#### d3- Accord tripartite du 25 octobre 1960

"Il est signé entre le Préfet, le Président du Conseil d'Administration de la C. G. S. S. et le Président du Syndicat des Médecins.

Il a pour but de garantir la distribution de soins de qualité aux indigents et à certains assurés sociaux.

En vertu de cet accord, le nombre d'actes effectués par médecin est limité à 1 200 par mois. Ce chiffre ne pouvant être dépassé que dans des cas exceptionnels, une épidémie par exemple.

La participation laissée à la charge de l'assuré assisté en matière d'honoraires médicaux est réglée par celui-ci, lors de la délivrance du "bon", à des régies départementales de recettes, spécialement créées à cet effet auprès des mairies. Cette disposition est prise afin d'éviter que le client soit sollicité, indirectement par le médecin qui renoncerait à percevoir la participation.

Par ailleurs, pour diminuer les abus imputables aux municipalités, l'admission à l'Aide Médicale et l'inscription sur les listes seront contrôlées et feront l'objet d'une enquête.

Ces deux dernières mesures peu efficaces seront vite abandonnées par la suite.

d4- Sort des assurés sociaux, au regard des services départementaux de l'Aide Médicale, en 1966.

A l'occasion de la refonte du règlement départemental, institué par l'arrêté préfectoral du 26 décembre 1966, on songe enfin à régulariser le sort des assurés-assistés et plus particulièrement celui des faux assistés.

Ainsi, après avoir rappelé le caractère subsidiaire de l'Aide Sociale, l'article 1er précise à son sujet :

"Elle ne doit pas davantage se substituer aux prestations de la Sécurité Sociale et ne peut que les suppléer lorsque l'assuré ne peut y prétendre, ou éventuellement les compléter".

L'article 2 vise plus particulièrement les fameux assurés-assistés pour "ordre". Il stipule à propos des assurés sociaux :

"Sauf cas exceptionnels, leur admission (à l'Aide Sociale) ne peut être prononcée que pour leur accorder le bénéfice du "paiement direct" (ticket modérateur à charge)".

De même l'article 36 spécifie encore :

"... le "paiement direct" est applicable aux seuls assurés sociaux assistés et à leurs ayants-droit"

Ces deux articles affirment donc qu'il existe une catégorie d'assurés, ayant le ticket modérateur complètement à charge et considérés, néanmoins, comme des assistés.

L'ensemble du texte fut délibéré en Conseil Général et approuvé le 23 juin 1966 par le Ministère de la Santé Publique et de la Population ; on peut donc véritablement parler, à cette époque, d'une reconnaissance officielle, de cette catégorie illégale d'assurés sociaux assistés "pour ordre". Mais dans le même temps, on reconnaît officiellement le système du T.P.S.S. mis en place en 1957 par le biais d'un protocole d'accord C.G.S.S.-Aide Sociale ainsi que la liaison déterminant les rapports de ces deux organismes.

Cette reconnaissance implicite, par le pouvoir local, du système T.P.S.S. et de l'existence des assurés-assistés "pour ordre" ne paraît pas devoir être, à la réflexion, une mesure prise à la légère.

En effet, on se rendait bien compte que le T.P.S.S. lui-même freinait et contenait les dépenses de l'Aide Médicale Gratuite. On craignait, en outre, que si le bénéfice du T.P. S.S. n'était accordé qu'aux seules personnes réellement admises à l'Aide Médicale -pour tout ou partie du ticket modérateur- les commissions d'admission aient tendance à admettre les postulants qui pouvaient payer le ticket modérateur, en ne leur imposant qu'une petite participation de principe et ce, dans le seul but de les faire bénéficier du paiement direct.

Dans ces conditions, il ne faut pas attendre plus de 20 jours pour que la C.G.S.S. passse directement une convention avec le Syndicat des Médecins de la REUNION. Elle est signée le 15 décembre 1966.

Dans le préambule, il y est reconnu, l'illégalité du système :

"Ces dispositions (l'avance des frais par l'assuré et sa participation aux dépenses) difficilement applicables à la REUNION ont été détournées et la Caisse Générale applique actuellement un système non prévu par la législation (tiers-payant)"

Pour le restant, cette première convention C.G.S.S.-Syndicat des Médecins, n'apporte guère d'éléments nouveaux. Elle reprend à son

.../...

compte, le protocole d'accord du 15 juillet 1957, véritable charte du système. Certains points de la convention tripartite de 1960, notamment les normes d'activités des praticiens, sont également repris.

Une convention, régie également par le protocole d'accord du 15 juillet 1957, est signée avec le syndicat des Pharmaciens.

oooooQooooo

.../...

## B - LE SYSTEME ACTUEL

Il est le résultat de toute une série de décisions prises antérieurement, dans la mesure où elles n'ont pas été abrogées.

Le protocole d'accord de 1957 constitue toujours l'ossature du système.

### I - Les textes en vigueur

a) - Convention Collège Général-Syndicat des Médecins de  
12 janvier 1968 (1)

A l'exception d'un article qui a été purement et simplement supprimé, cette convention est identique à celle de 1966.

Le préambule réaffirme en particulier l'illégalité du système T.P.S.S. Il y est également précisé le libre choix du praticien, les normes d'activités des médecins compatibles avec la qualité des soins et le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

#### - Critique de cette convention

L'article 5 de la convention de 1966 qui est supprimé dans celle-ci précisait :

"Pour les bénéficiaires du T.P.S.S. l'indemnité horokilométrique, sera décomptée en fonction du nombre exact de kilomètres parcourus pendant la tournée".

.../...

(1) Voir le texte de cette convention en annexe P. 196 et suivantes.

Cette mesure que l'honnêteté impose, n'est prévue ni sur le plan de la convention nationale, ni sur le plan de la nomenclature des actes professionnels. On a sûrement estimé qu'il n'y avait pas de raison pour que le premier des assurés sociaux résidant dans un même village et appelant simultanément un médecin, fasse seul l'avance de l'indemnité, remboursée par ailleurs à 100 %.

La Sécurité Sociale, dans un tel cas, rembourse autant d'indemnités horo-kilométriques que de malades visités !

Dans le cadre du T.P. S.S. Réunionnais, cet article s'imposait d'autant plus que la Sécurité Sociale était la seule concernée. Il n'y avait pas ici avance des frais par l'assuré.

En fait, sa suppression montre bien la limite de telles conventions :

En compensation des avantages incontestables souvent vitaux, que le système T.P. S.S. procure aux professions de santé Réunionnaises, on aurait pu penser que ces conventions présenteraient en retour quelques compensations pour la C.G.S.S. par exemple en instituant ce genre d'article que rien et surtout pas l'odontologie ne pouvait prouver. Il n'en est rien, le principe même n'est pas légal...

b) - Convention C. G. S. S.-Syndicat des Dentistes du

18 juillet 1969

C'est la première convention signée avec les dentistes. Elle est élaborée dans le même esprit que les autres, même préambule, même référence au protocole du 15 juillet 1957.

.../...

c) - Convention C. G. S. S.-Syndicat des Pharmaciens du

29 août 1975 (1)

Après avoir réaffirmé l'existence du régime du T.P.S.S. généralisé, elle a pour objet de préciser les responsabilités des parties en cause.

Il est dit à ce sujet dans l'article 3 :

"Le bénéficiaire d'une feuille de soins a le devoir de se soumettre aux divers contrôles demandés par la Caisse. En cas de refus de l'assuré de se rendre au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, le pharmacien ne pourra être tenu pour responsable".

S'agissant de la responsabilité du pharmacien, cet article paraît tout à fait raisonnable, par contre il présente une lacune en ce qui concerne celle des assurés.

En effet, si le contrôle est rendu impossible du fait de ce dernier, il n'existe plus de responsable sur lequel la C.G.S.S. puisse agir (2).

Par exemple, s'il y a collusion entre le pharmacien et l'assuré-assisté, ou fraude (fausse délivrance) l'impossibilité de contrôler conduit à l'impossibilité de déterminer les responsabilités.

La bonne marche du système est liée à la bonne volonté des assurés-assistés qui par ailleurs ne se sentent que très peu concernés par des soins qu'ils ont reçus il y a 2 ou 3 mois et pour lesquels ils ne sont plus engagés sur le plan financier.

d) - Le Règlement départemental de l'Aide Sociale du

3 mai 1973

Il semblerait que, à l'égard du système du T.P. S.S.,

.../...

(1) Voir le texte en annexe P. 200 et suivantes

(2) Voir à ce propos page 119

ce règlement fasse un retour en arrière par omission.

Peut-être, considérant simplement le système comme bien établi, le pouvoir local n'estime plus devoir lui apporter sa caution.

Toujours est-il que la discrétion est de règle : l'article 2 et l'article 27 -anciennement article 56- ne mentionnent plus l'existence ni du "paiement direct", ni des assurés assistés ticket modérateur à charge.

L'ensemble du texte reste totalement muet sur le sujet.

Les conventions de 1966 et 1968 entre la C. G. S. S. et les praticiens tiraient leur "légitimité" du règlement départemental de 1966 qui reconnaissait officiellement le système établi. Leurs bases "juridiques" de 1966 étaient celles du pouvoir local.

Que reste-t-il après le 3 mai 1973 de cette "légitimité" si ce n'est celle que peut conférer la pratique des usages établis ?

## II - Le fonctionnement du T. P. S. S.

Ce système, héritier des conventions antérieures, et profondément marqué par elles, porte en lui certains caractères inhérents au climat agité qui a entouré sa naissance.

En effet, il faut se rappeler non seulement les hésitations et les tâtonnements mais aussi les contradictions qui jalonnèrent la mise en place du T. P. S. S. Bien qu'elles n'aient pas varié d'un iota, les difficultés juridiques parurent d'abord insurmontables... puis franchissables et enfin négligeables... Dans le même temps, le Conseil d'Administration de la Caisse Générale passait par des périodes contradictoires. Son action en faveur du système était parfois volontariste, à la limite du raisonnable, parfois rétive, désabusée.

.../...

De même, la préfecture et la tutelle, soumises à des humeurs cycliques, adoptaient des positions tout aussi variables, tantôt exigeant la légalité, tantôt se contentant d'un simulacre... D'où, très certainement, l'existence des taras liées au fonctionnement du système dont l'"entropie" a tendance à croître tout naturellement.

En effet, le caractère inflationniste de la consommation des soins, pour une large part résulte, d'une propension au gaspillage, aux abus et fraudes de toutes sortes et d'une généralisation toujours croissante du système.

Pour mémoire, le nombre de règlements effectués au titre du T. P. S.S. atteignait :

- 44 000 en 1957
- 210 000 en 1960
- 614 000 en 1965
- 790 000 en 1969
- 1300 000 en 1975

Alors que dans le même temps le nombre de règlements aux assurés sociaux payant croissait moins vite malgré une augmentation générale du niveau de vie dans l'île.

En 1960 il était de 70 000, soit 3 fois moins que pour le T.P.S.S.

En 1975 d'environ 250 000 c'est-à-dire 5 fois moins que pour le T.P. S.S.

#### a) Les bénéficiaires

Pour bénéficier du T.P. S.S. il faut, bien sûr, posséder la qualité d'assuré social, droits ouverts <sup>(1)</sup> et être inscrit sur la liste de l'Aide Médicale. Ce sont, rappelons le, les services de l'Aide Sociale, et non ceux de la Caisse Générale qui décident si tel ou tel assuré social sera ou non bénéficiaire du T.P. S.S. Cette façon de

.../...

(1) L'ouverture des droits est plus facile à la REUNION qu'en Métropole. Voir à ce sujet page 53

procéder s'explique en partie par le fait que la plupart de ces bénéficiaires du "paiement direct" profitent également de l'Aide Médicale.

#### a1 - L'admission à l'Aide Médicale

##### 1°) - Les commissions cantonales d'admission

Ce sont elles qui prononcent l'admission sur les listes de l'Aide Médicale.

Elles étudient les différents cas qui lui sont soumis et fixent les taux de participation laissés à la charge des assistés : 5 %, 10 %, 20 %, 25 %, 30 %, 40 %, 50 %.

Chaque commission cantonale -elles sont au nombre de 36- comprend 5 membres :

- 1 magistrat
- le maire
- le conseiller général
- 2 fonctionnaires des finances désignés par le Préfet.

A titre d'exemple, en 1975, il s'est tenu dans le département 407 séances au cours desquelles 49 644 dossiers furent examinés.

Il existe également une commission départementale d'appel composée de 7 membres et une commission centrale à PARIS.

##### 2°) - Critique sur la structure et le fonctionnement de ces commissions d'admission

Le fait saillant de la composition des commissions d'admission est l'absence d'un représentant de la C.G.S.S. Sa présence devrait être exigée afin de limiter le nombre de bénéficiaires du T.P. S.S., particulièrement celui des assistés "pour ordre". En effet, ces derniers, il n'est pas inutile de<sup>1e</sup> rappeler, ne bénéficient pas de l'Aide Sociale mais en sont totalement dépendants.

.../...

Du fait de la présence des élus, ces commissions se trouvent exposées aux pressions politiques qui s'exerceront fatalement, sur elles, au risque de violer d'autant plus aisément les critères d'admission que les dépenses ainsi créées ne viendraient pas grossir celles de l'A. M. G.

Il semble, en outre, que les services de l'Aide Sociale aient accepté cette catégorie de faux assistés et qu'ils aient voulu la contrôler <sup>(1)</sup> afin de limiter le flux vers l'A. M. G. des assurés capables de payer le ticket modérateur.

Le manque d'assiduité des membres des commissions d'admission, lesquels sont choisis selon les critères susceptibles d'assurer à ces assemblées la connaissance la plus précise -possible- de la situation personnelle de chaque requérant, retentit forcément sur les décisions prises. Cet état de fait est confirmé par la circulaire du 18 décembre 1969 rédigée par le Préfet à l'intention des intéressés :

"Malgré les rappels formulés par mes circulaires antérieures il arrive encore fréquemment que les Commissions d'Admissions à l'Aide Sociale siègent en formation incomplète et parfois même sans que le quorum soit atteint.

Il est évident, dans ces conditions, que les propositions de l'Administration ne peuvent faire l'objet d'un examen, ni d'un débat sérieux.

Ces errements irréguliers sur le plan juridique..."

### 3° - Les procédures d'admission à l'Aide Médicale

Les textes mettent à la disposition des mairies, théoriquement celles-ci présentent des dossiers de candidature, pratiquement elles les admettent— la procédure normale, qui devrait être la règle, et la procédure d'urgence qui devrait être employée, selon le règlement départemental : "à titre exceptionnel et en cas de nécessité absolue".

.../...

(1) Voir page 99

En fait il n'en est rien. Les pressions sociales mais aussi politiques qui s'exercent sur les mairies font que la procédure normale est pour ainsi dire inemployée. Déjà en 1970 le Préfet écrivait dans une circulaire adressée aux maires du département : "J'ai constaté que la procédure d'admission d'urgence à l'Aide Médicale était la règle alors qu'elle devait être l'exception..."

Actuellement, la procédure d'admission d'urgence est employée pratiquement dans 100 % des cas.

C'est dire l'arbitraire des décisions qui sont prises par définition sans enquête préalable et qui concernent l'ensemble des assistés y compris les assistés "pour ordre".

Afin de mettre un frein aux dépenses de l'A. M. G. dans les départements d'Outre-Mer, le décret n° 61 918 du 17 août 1961, précise que l'admission d'urgence laisse une participation de 10 % à la charge du bénéficiaire. Cette participation pouvant être réduite ou supprimée par décision de la commission d'admission, pour la période postérieure à la décision.

En fait de frein, les candidats, pour lesquels la participation réelle devrait être de 20 %, 30 %, 40 %, 50 %, voient leur dossier, malgré la célérité de l'instruction prescrite par les textes, traîner et traîner encore, comme le fait remarquer le Préfet dans sa circulaire du 2 décembre 1969 adressée aux mairies : "Il n'est pas rare de constater qu'entre le dépôt à la mairie d'une demande d'Aide Sociale et l'intervention, puis la notification de la décision prise à son égard par la commission d'admission, s'écoule un délai atteignant plusieurs mois, et parfois une année ou même davantage..."

C'est une façon élégante de faire bénéficier abusivement telle ou telle personne d'un taux de participation avantageux.

.../...

Une régularisation à posteriori des admissions d'urgence, avec un remboursement des frais par la commune pour les dossiers rejetés est prévue par le règlement. En fait, ce genre de régularisation est très rarement effectué... et la commune ne supporte jamais les frais...

Il est donc facile d'imaginer les conséquences de ces pratiques sur les possibilités d'abus et de fraudes, et par voie de conséquences sur les dépenses de l'Aide Médicale, mais aussi, d'une façon plus indirecte, sur celles de la Sécurité Sociale.

#### 4° - Détermination des taux de participation

A l'aide des données concernant, d'une part, la situation de fortune du futur assisté, à savoir :

- situation fiscale
- évaluation des ressources
- évaluation des avantages en nature
- obligation alimentaire

et, d'autre part, sa situation familiale, il est établi un quotient familial. Un barème<sup>(1)</sup> des participations laissées à la charge des assistés et assurés est alors dressé en fonction de ce quotient familial.

A ce niveau également il existe des possibilités d'abus et de fraudes très importantes, dont les plus graves ne seraient pas toujours réalisées à l'insu du personnel municipal.

Elles ont pour origine l'abus des relations ou les pressions politiques.

Le candidat peut, bien sûr, dissimuler aux enquêteurs tels ou tels aspects de son revenu et bénéficier ainsi d'une participation réduite, voire inexistante. Mais il peut y avoir, également, pour les

.../...

(1) Voir en annexe le barème en vigueur au 15 avril 1976 concernant les participations à l'Aide Médicale, laissées à la charge des assistés et assurés sociaux. Page 204

raisons évoquées ci-dessus, à un certain niveau, complicité de l'administration.

Certaines rumeurs circulent, selon lesquelles de nombreux employés municipaux, aux salaires connus et non négligeables, bénéficieraient d'un taux de participation anormalement bas.

D'autres bruits insinuent que dans certaines communes, le nombre d'assistés purs ainsi que celui des assistés "pour ordre" est anormalement élevé (1).

D'aucuns prétendent, à ce sujet, qu'une investigation peu rigoureuse des ressources des administrés, permettrait à certaines municipalités, de s'assurer un soutien électoral solide. Cette absence de formalisme administratif se traduisant, alors, par une forte

population d'assistés purs, constituée par les moins favorisés, et par une forte population d'assurés sociaux bénéficiaires du T.P. S.S., constituée par les plus favorisés.

A ce propos, le Syndicat des Médecins du département, publiait le 2 août 1976, un article assez savoureux, dans la mesure où, dénonçant d'abord le système, il défendait ensuite ceux de ses membres qui en profitaient trop outrageusement.

Cet article ne craignait pas d'aller plus loin, à propos de ces bruits et autres insinuations ayant cours sur les bénéficiaires du T. P. S.S. et de l'A. M. G. :

" ... Il faut être un commerçant ou un artisan bien mal considéré des Pouvoirs Publics, ou sans relation, pour ne pas en bénéficier....

... En fait, cette attribution est fantaisiste, livrée au bon vouloir des mairies, et bien des employés gagnant plus que le S.M.I.C. bénéficient du tiers-payant et bien des non indigents ont l'A. M. G. Le ticket modérateur est à priori soumis au bon vouloir des municipalités. Et dans une région hyperpolitisée comme la REUNION, on voit quel moyen de propagande constitue ce système et, en même temps, quel moyen de pression et de démagogie. L'exagération de l'attribution à la REUNION du tiers-payant et de l'A. M. G. est responsable d'une

.../...

(1) Dans une commune 92 % de la population est inscrite à l'Aide Médicale.

certaine forme d'hyperconsommation médicale et, par là même, pharmaceutique. Même une boîte d'aspirine ne s'achète pas directement chez le pharmacien quand on a droit à une "feuille".

Pour avoir un certificat médical, on "tire une feuille" avec le plein agrément des services responsables...." (1). On pourrait ajouter : ... et celui des médecins qui facturent ce genre de "feuille" aux organismes payeurs.

## a2- Quelques chiffres à propos des bénéficiaires du T.P. S.S. et de l'A. M. G.

1° - En 1965, selon la D. D. A. S. S. (2) pour une population de 432 665 habitants, le département comptait :

- 144 276 bénéficiaires du T.P. S.S. - soit 36 % de la population.
- On dénombreait dans ce groupe :
  - 81 547 assistés "pour ordre", qui ne bénéficiaient donc que du T. P. S. S.
  - 62 729 assurés assistés lesquels bénéficiaient en outre de l'exonération totale ou partielle du ticket modérateur.

.../...

- (1) Ces propos sur le tiers-payant résument en fait une opinion assez répandue sur le système et qui est celle développée dans cette étude.
- Par ailleurs il est amusant de souligner que le but de cet article était finalement de défendre 2 ou 3 médecins généralistes, contre lesquels la préfecture envisageait de prendre des sanctions (exclusion temporaire de l'A. M. G.). L'un effectuait régulièrement quelques 1 600 actes (50 000 F. environ plus indemnités kilométriques) par mois, ce qui est difficilement compatible avec une médecine de qualité, et avec le règlement départemental d'Aide Médicale qui prévoit pour cela, un maximum de 1 200 actes.
- Un autre, salarié à mi-temps comme praticien des hôpitaux, effectuait, malgré cela... 1 600 actes par mois sur sa clientèle privée...
- (2) C'est elle qui détermine les bénéficiaires et qui a donc la possibilité de les recenser.

- 115 818 assistés purs bénéficiaires de l' A. M. G. soit 29 % de la population totale.

On comptait donc au total :

- 178 547 bénéficiaires réels de l' Aide Médicale  
soit 45 % de la population totale.
- 260 261 inscrits à l'Aide Médicale  
soit 65 % de la population totale.

2° - En 1975 pour une population de 475 000 habitants, le département recensait :

- 164 660 bénéficiaires du T.P. S.S., soit 35 % de la population de l'île, se décomposant ainsi :
  - 61 840 assistés "pour ordre"  
soit 13 % de la population.
  - 102 820 assurés assistés pour une partie ou la totalité du ticket modérateur,  
soit 22 % de la population.
- 112 793 assistés purs de l' A. M. G. représentant 24 % de la population totale.

On obtenait donc :

- **soit** 215 613 bénéficiaires réels de l'Aide Médicale  
soit 45 % de la population de l'île.
- **soit** 277 453 inscrits à l'Aide Médicale  
soit 58 % de la population de l'île.

### 3° - Réflexions tirées de ces chiffres

Ces chiffres appellent quelques remarques. Dix ans séparent ces données ! Et aucun principe fondamental n'est changé ; au contraire,

.../...



En réalité, d'autres causes , notamment celles qui sont exposées ailleurs, fraudes, relations, pressions politiques etc... sont surtout à l'origine de l'importance du nombre des bénéficiaires.

On peut se poser la question de savoir si l'effectif global des deux systèmes -T.P. S.S. et A.M.G.- diminuerait significativement dans le cas où le niveau de vie deviendrait identique à celui de la Métropole, tellement il est vrai que ces systèmes pléthoriques, se nourrissent en partie de leurs lares. On pourra, par ailleurs, faire la même remarque sur le plan du volume des dépenses.

b) - L'assuré assisté "tire les bons"

Muni de sa carte délivrée par l'Aide Médicale indiquant le taux de participation, l'assuré-assisté qui désire consulter un médecin ou simplement se procurer un tube d'aspirine, va à la mairie où, selon l'expression d'école, il "tire les bons"

b1- Le correspondant local

Il rencontre là le correspondant local de la C.G.S.S., qui est un agent municipal, également chargé de délivrer les "bons blancs" des assistés purs.

Ce correspondant local, ayant reçu une formation sommaire, lui permettant de procéder à l'examen de l'ouverture des droits, doit s'enquérir des pièces nécessaires :

- carte d'identité de l'Aide Médicale
- livret de famille, certificat de scolarité
- carte d'immatriculation
- bulletins de paie.

.../...

En fait, ces vérifications ne sont pas toujours correctement effectuées, elles sont parfois inexistantes de telle façon qu'il se trouve à ce niveau encore une possibilité de fraude reconnue par le Préfet dans sa circulaire du 18 avril 1964, destinée aux maires, et dans laquelle, il demande plus de rigueur et de civisme :

"Vous savez que des critiques ont été souvent adressées aussi bien aux mairies qu'à la préfecture pour n'avoir pu déceler à temps les fraudes qui se pratiqueraient en matière de bulletin de soins : retraits inconsidérés de bulletins, "marché noir" de ces bulletins, substitution d'identité etc...

"... Je fais donc, encore une fois, appel à votre civisme et à votre sens des responsabilités, afin que soit redressé un état de fait préjudiciable au bon renom du département. Vous n'êtes pas sans ignorer les "bruits" qui courent traditionnellement, peut-on dire, sur les "anomalies" qui seraient constatées dans l'octroi du bénéfice de l'Aide Médicale et dans la distribution des bulletins de soins. Cela crée un malaise certain, surtout dans la mesure où ces "bruits" se révéleraient fondés...

"... Vous devez faire en sorte que la distribution des bulletins de soins ne soit pas l'occasion de manœuvres parfaitement étrangères à l'intérêt de nos malades..."

Il n'existe pas, à la REUNION, comme ailleurs, de fumée sans feu. Ces "bruits" qui courent sur les anomalies ont plusieurs fondements.

Pour en rester au seul niveau de la délivrance des "bons" trois raisons au moins perpétuent ces irrégularités.

Tout d'abord, l'incompétence personnelle de certains correspondants locaux. L'ouverture des droits est parfois mal appréciée. Le numéro d'immatriculation inscrit sur le "bon" est souvent faux ou illisible, ou encore hybride avec celui de l'Aide Médicale. Parfois il n'y a pas concordance entre le taux de participation inscrit sur la carte de l'Aide Médicale de l'assisté et celui transcrit par le correspondant sur les "bons roses" et "bleus".

Dans tous les cas le contrôle est impossible.

Ensuite, la façon dont sont rétribués ces correspondants. Ils sont payés pratiquement au nombre de "bons" délivrés. Pour 350 "bons" c'est une vacation mais pour 500 "bons" ça en est une autre etc... Ils ont donc intérêt à encourager la distribution.

Enfin, la pression politique que peut constituer la délivrance des "bons" sur les municipalités. Elle est certaine et du même ordre que celle subie au moment de l'inscription et de la détermination du taux de participation.

b2 - Propositions destinées à diminuer les imperfections du T.P. S.S. à ce niveau

Bien qu'il soit pratiquement impossible d'effectuer un contrôle administratif systématique de l'ouverture des droits, sans que cela entraîne des dépenses supérieures aux économies ainsi réalisées, on pourrait imaginer diverses mesures permettant de limiter les possibilités d'erreurs, d'abus et de fraudes, notamment :

1° - Sélection et formation plus rigoureuse des correspondants locaux

Celle-ci serait complétée, d'une part, à l'aide de stages périodiques auprès de la Caisse Générale et, d'autre part, à l'aide d'une documentation de base suivie.

2° - Rôle des enquêteurs de la Caisse Générale et éventuellement de l'Aide Sociale

Ils pourraient contrôler, par sondage, un certain nombre de dossiers délivrés par les correspondants locaux. Les mêmes enquêteurs pourraient, d'une manière identique, opérer chez les employeurs afin de vérifier l'ouverture des droits dont les éléments seraient enregistrés

.../...

pour tous les assurés par les correspondants locaux, ce qui compléterait leur action.

Un très petit nombre d'enquêteurs serait suffisant puisqu'ils opéreraient par sondage.

Il est un autre type de vérification qui n'incombe pas explicitement au correspondant local mais que celui-ci, en collaboration avec les enquêteurs, serait à même de remplir, eu égard à sa connaissance du milieu communal, c'est celui des cotisations versées par les employeurs.

Il y a en effet à ce niveau deux types de fraudes :

- le travailleur bénéficiant de l'assurance maladie pour lequel l'employeur ne cotise pas.
- le non travailleur bénéficiant des allocations familiales pour lequel un tiers jouant le rôle de faux employeur cotise.

#### b) - Les "bons"

Toute vérification supposée faite, le correspondant local remet à l'assuré-assisté une liasse de "bons", variable en nombre et en couleur selon les différentes situations :

- le rose est la couleur des assurés assistés du régime général,
  - le jaune, celle des assurés assistés du régime agricole,
  - le blanc, celle des assistés purs,
  - le bleu, enfin, celle des "bons" de l'Aide Médicale.
- Ces derniers sont joints aux bons roses ou jaunes des assurés assistés.

Chaque bon de couleur différente est en fait subdivisé lui-même en plusieurs volets reproduisant au recto une feuille de soins ordinaire.

.../...

- le volet n° 1 est destiné au médecin
- le volet n° 2, au pharmacien
- le volet n° 3, à l'auxiliaire médical
- le volet n° 3 bis, au biologiste, bien qu'il n'y ait jamais eu de convention, établissant le système pour cette discipline.

c) - Devenir des "bons"

c1- Période des soins

Le "bon" espèce de délégation, ou de chèque en blanc au porteur, permet au médecin de pratiquer sa consultation. Celle-ci terminée, il prélève le volet n° 1 et prescrit, le cas échéant, sur les volets suivants... le volet n° 2 est la plupart du temps utilisé. Les volets n° 3 et 3 bis le sont, en moyenne, une fois sur 4.

Quel est le devenir des volets n° 2, n° 3 et n° 3 bis n'ayant pas fait l'objet d'une prescription ?

Théoriquement ils sont détruits par l'assuré ou le médecin ; mais pratiquement ?

Après avoir payé son éventuelle participation au médecin, l'assuré se dirige -il est parfois dirigé <sup>(1)</sup> chez un pharmacien à qui il abandonne en échange de son paquet de médicaments son volet n° 2 et, parfois, sa participation. Il procède de même chez l'auxiliaire médical ou chez le biologiste.

c2- Expédition des mémoires mensuels aux organismes payeurs

Toutes les fins de mois, chaque praticien envoie l'ensemble des bons ainsi collectés aux deux organismes payeurs qui

.../...

(1) A la REUNION un nombre considérable de cabinets médicaux et d'officines de pharmacie possèdent en commun un mur mitoyen.

procèdent, dans la mesure du possible, aux divers contrôles avant de régler les sommes dues.

### c3 - La difficulté du contrôle

Il est rendu difficile, voire impossible, parce qu'il ne peut y avoir de contrôle global ; chacune de ses phases est effectuée séparément des autres, un mois, 2 mois après les soins. Parfois plus, car il est toujours possible d'inclure dans le mémoire de juin des bons du mois de mars, ou de constituer un mémoire bis.

Les soins d'un assuré assisté qui font appel aux services du médecin, du pharmacien, du biologiste et de l'auxiliaire médical, utiliseront la totalité des bons, ou plus exactement, des différents volets initialement réunis en une liasse. Ceux-ci arriveront à la C.G.S.S. en des temps très différents, perdus dans autant de mémoires, comportant plusieurs centaines de bons identiques.

Dans ces conditions, il ne peut y avoir de dossier assuré ; il n'y a que des mémoires praticiens.

Il est totalement impossible de regrouper ces divers volets pour procéder aux contrôles les plus élémentaires lesquels se font spontanément chez les assurés payant parce qu'il existe pour eux un dossier assuré.

Les praticiens et fournisseurs connaissent cet état de choses, ils peuvent être parfois tentés...

De même les assurés assistés savent que dans la même journée ou dans la même semaine, ils peuvent consulter pour la même maladie, autant de médecins qu'ils le voudront et se procurer les médicaments ainsi prescrits, autant de fois dans autant d'officines sans que le moindre contrôle détecte jamais ce type d'abus <sup>(1)</sup>.

.../...

(1) Voir page 144 un exemple de ce genre d'abus. Il n'a été mis en évidence parce que les 19 ordonnances furent délivrées par la même officine qui n'a pas dispersé ces 19 bons sur plusieurs mémoires.

Si l'une des tares du système Réunionnais réside au niveau de l'inscription à l'Aide Médicale des assurés-assistés et des assistés purs, il s'en trouve une deuxième, tout aussi grave sur le plan des contrôles qui sont dérisoires et des sanctions applicables <sup>(1)</sup>, qui sont quasiment inexistantes.

La plupart de ces anomalies, fréquentes au sein du tiers-payant Réunionnais, ne sont pas inhérentes au système lui-même. Elles ont la possibilité d'exister ailleurs ; mais à propos des assurés payant, elles n'y sont qu'en germes ou, dans le pire des cas, qu'exceptionnelles.

Plus grave encore est la tendance inflationniste qu'engendre un tel système. Il se développe en effet, en partie pour les mêmes raisons que ci-dessus - difficultés du contrôle et absence de sanctions applicables - une surconsommation médicale <sup>(2)</sup> qui constitue en fait la plus importante des anomalies.

d) - Quelques exemples d'anomalies... et de rumeurs se développant à ce sujet

dl - Niveau médecin

L'ouverture des droits reconnue, le bon constitue un véritable chèque en blanc au porteur. Celui-ci peut être cédé ou vendu à un parent ou à un ami.

Il peut être troqué, notamment chez un commerçant, lequel n'est pas encore, à la REUNION, couvert par un régime d'assurances sociales.

.../...

(1) Voir à ce propos page 103

(2) Cependant, il convient de ne pas exagérer la part des responsabilités incombant à la faiblesse des contrôles et à l'absence des sanctions dans cette surconsommation médicale. Une grande part incombe au principe même du tiers-payant et de l'exonération du ticket modérateur, une part plus importante encore aux conditions sanitaires et sociales de cette population. Voir page 150 et suivantes.

Cette pratique est assez fréquente ; le bon dispense le médecin de demander au malade son identité puisque celle-ci est apposée par le correspondant local.

Cette fraude est décelée par hasard, lors d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré, le praticien-conseil ne trouvant pas la moindre trace des soins "reçus", questionne ce dernier qui confirme la substitution, plus rarement le troc.

Au niveau du médecin la tentative, bien sûr, à des fins thérapeutiques, d'utiliser les différents volets mis à sa disposition peut être grande, particulièrement ceux qui permettent de prescrire les actes infirmiers et les actes de biologie.

Jusqu'en 1972, la liasse ne contenait que les volets n° 1 et n° 2. Si l'état du malade nécessitait des soins infirmiers ou des actes de biologie, le médecin délivrait une prescription avec laquelle, l'assuré allait retirer à la mairie un volet supplémentaire. Depuis, les formalités ayant été simplifiées, les actes de biologie augmentent d'une façon inconsiderée. On peut par conséquent supposer l'existence d'un lien entre ces deux faits...

De même les cabinets des auxiliaires médicaux sont très florissants : la coutume de prescrire des piqûres est très développée à la Réunion.

Quelques infirmiers perçoivent des honoraires mensuels qui combleraient d'aise un grand nombre de médecins métropolitains. Certains prétendent que la dichotomie n'est pas toujours absente de ce phénomène, comme de bien d'autres d'ailleurs.

On peut imaginer le pire, à savoir, la tentation pour un médecin de céder avec un volet n° 1 ou un volet n° 2 bis une prescription de complaisance à un infirmier ou à un biologiste.

.../...

Au fond, cette éventualité n'est pas aussi farfelue qu'elle y paraît. Il suffit que les circonstances favorisent la rencontre d'un médecin véreux et d'un infirmier ou d'un biologiste non moins véreux...

Du reste, ce type de rencontre a déjà eu lieu entre médecin et pharmacien, par ailleurs mari et femme. Ce fut l'occasion d'une affaire comportant un grand nombre d'anomalies typiques du système :

La C. G. S. S. a été amenée à s'intéresser aux mémoires présentés par la pharmacie B. en raison du nombre important d'ordonnances dactylographiées, toutes signées par le Docteur B.

Le Contrôle Médical a donc convoqué un certain nombre d'assurés ayant bénéficié de ces "prescriptions". Dans la majorité des cas, les assurés n'avaient en fait jamais consulté le médecin B. Les bénéficiaires de ces "prescriptions" étaient soit les assurés eux-mêmes, soit des personnes non assurées qui avaient pu se procurer un "bon" rose". Une tierce personne les collectait et se rendait à la pharmacie B. où on lui délivrait en vrac une certaine quantité de médicaments correspondant aux souhaits de ses "clients".

Le pharmacien B. rédigeait ensuite les "ordonnances" correspondant plus ou moins aux médicaments délivrés. Le médecin B. signait ces ordonnances et se faisait rembourser, en toute logique, d'autant de consultations...(1).

.../...

(1) Ces deux praticiens furent condamnés en appel, par le tribunal correctionnel - à une amende de 5 000 F pour le médecin et de 7 000 F pour le pharmacien, - à l'interdiction de servir et de soigner des assurés sociaux pendant 18 mois.

Par ailleurs, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens a infligé une peine d'interdiction d'exercer la pharmacie pendant un an.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ayant, lui, infligé une peine d'interdiction de 18 mois.

Bien que les médicaments délivrés l'aient été parfois, en quantité moindre que ceux correspondant aux vignettes collées sur la "prescription", bien que certains assurés aient nié avoir reçu le moindre médicament, bien que des employés (en procès avec le pharmacien) aient reconnu l'existence de vignettes en réserve qui servaient, parfois, à certaines ordonnances du Dr B., en appel, le tribunal correctionnel n'a pas retenu ces faits, qui impliquaient un véritable trafic de vignettes.

L'utilisation de ces "bons" ne serait pas toujours rationnelle. Il en est ainsi des "bons" maternité qui ne seraient pas toujours utilisés à la date voulue, mais après coup, au "petit bonheur la chance".

En outre, ces "bons", de l'aveu même du Syndicat des Médecins(1) serviraient pour établir des actes non remboursables, certificat de décès, de scolarité etc...

Il arriverait, à l'occasion des accouchements à domicile, que ceux-ci, effectués en fait par des "matrones", bonnes femmes spécialisées dans ce genre de pratique, soient remboursés aux médecins ayant rempli et signé les carnets de maternité.

Quelques cas ont d'ailleurs été confirmés par les accouchées elles-mêmes.

La participation laissée à la charge des assurés-assistés ne serait pas toujours perçue par certains médecins, dans le but de s'attirer une clientèle plus importante. Pour éviter cette pratique, récemment encore, la part du ticket modérateur à charge était versée au correspondant local.

Le volume des prescriptions augmente d'une façon considérable. Cet état de choses est lié, d'une manière générale, au tiers-payant lui-même par la levée des freins à la consommation que le système entraîne (1).

Il arrive parfois que des médecins dressent de véritables listes de médicaments -celles-ci s'adressant la plupart du temps à des personnes pratiquement illétrées, on est en droit de se demander comment elles s'y prennent pour respecter les diverses posologies- tel celui qui prescrit tous les mois une cinquantaine de ces listes dont il est intéressant de noter la structure :

- coût moyen : 400 F.
- Nombre moyen de médicaments : 16 (extrême 19 médicaments)
- 90 % comportent une prescription de 5 médicaments (en moyenne) à administrer par voie parentérale

.../...

(1) De ce fait il existerait en outre, selon certains, quelques cas de dichotomie.

- Détail également intéressant, dans leur totalité les ordonnances sont délivrées par le même pharmacien, les prescriptions par voie parentérale effectuées par le même infirmier...

Cet exemple, tout en étant extrême est loin d'être caricatural; un certain nombre d'autres cas, assez comparables, pourraient être cités.

## d2 - Niveau infirmier

Les anomalies dans ce domaine sont parfois plus faciles à appréhender. Ce qui frappe c'est la fréquence élevée des administrations par voie parentérale (1). Beaucoup de personnes trouvent leur compte dans cet usage y compris le malade, car il s'agit d'une voie rapide très efficace et le pharmacien, car les médicaments vendus sous cette forme sont plus onéreux.

Dans le cas où deux traitements se chevauchent, l'infirmier sera tenté de facturer deux au lieu de un acte et demi, s'il s'agit d'injections différentes, et un acte, s'il s'agit d'une seule et même injection.

De même si un premier traitement initialement prévu pour un mois est annulé après une semaine par un deuxième traitement, il est impossible de le vérifier : l'infirmier pourra facturer deux actes, un seul étant réellement effectué.

Il sera également tenté de facturer deux fois le même traitement.

.../...

1) En particulier dans la partie Sud de l'île où, compte tenu des corrections de population qui s'imposent, il est prescrit 4 fois plus de piqûres que dans la partie Nord....

### d3 - Niveau dentaire

Dans ce domaine, ce qui est notable, c'est la faible espérance de vie, s'il est permis de s'exprimer ainsi, des prothèses. Parce qu'elles coûtent peu ou rien, à leurs bénéficiaires, ces derniers les manipulent sans précaution. Partant de ce fait, la qualité même aurait pu très bien s'en ressentir...

Il n'en est rien. La prothèse à l'usage des bénéficiaires du tiers-payant est généralement de même qualité technique, tout en étant moins onéreuse, que celle destinée aux assurés ordinaires. Mais certains dentistes dans un passé récent, s'ingéniaient à présenter des prothèses de "mauvaise qualité" ou "prothèse A.M.G." et des prothèses de "bonne qualité" ou "prothèse fonctionnaire." Les premières étant rendues inesthétiques par adjonction d'un colorant (carmin de pâtissier) de façon à orienter le choix des patients sur les deuxièmes moyennant, bien sûr, un supplément.

### d4- Niveau pharmacie

L'affaire de compérage relative aux époux B. a déjà été relatée. Elle est assez significative des possibilités d'anomalies au niveau des pharmaciens.

Il y en a d'autres :

- Toute une partie de l'île est affectée depuis une quinzaine d'années par une concurrence féroce entre confrères.

Un ou deux pharmaciens ont commencé par ne pas exiger la participation de 5 %, 10 %, voire 20 %, laissée à la charge des assistés et des assurés assistés bénéficiaires du tiers-payant tout en facturant, bien sûr, aux organismes payeurs le prix résultant du tarif départemental.

.../...

Ils ont ainsi drainé et détourné une clientèle considérable, dispersée sur un rayon de plus de 10 km environ, allant jusqu'à rembourser, à ces clients éloignés, leurs frais de déplacement.

Les confrères ainsi lésés, se sont retrouvés dans l'obligation de pratiquer l'exercice de la pharmacie avec le même esprit... Si bien que dans cette région, cette pratique s'étend <sup>(1)</sup> et que la consommation des médicaments n'étant plus du tout freinée, croît encore plus déraisonnablement qu'ailleurs <sup>(2)</sup>. Ainsi, dans les communes concernées, le coût pharmaceutique par habitant est supérieur de 20 % à la moyenne départementale <sup>(3)</sup>. Les assurés considèrent dorénavant, cet état de choses comme un fait acquis. Ils sont en outre particulièrement exposés à une surconsommation de médicaments, laquelle, étant une cause certaine de maladies iatrogènes, leur est en fin de compte néfaste.

A partir du moment où tous les confrères de la région renoncent à percevoir ces participations, l'effet escompté, qui est d'attirer à soi une clientèle plus nombreuse, est pratiquement nul.

Dans ce domaine comme dans d'autres, l'escalade s'avère alors nécessaire si l'on veut préserver les avantages acquis. Autrement dit, cette pratique, parfaitement illégale (facturation à un prix supérieur au prix effectivement perçu) en susciterait d'autres chez un très petit nombre de pharmaciens :

- Citons le "dumping" sur les produits parapharmaceutiques, les laits et aliments pour enfants, l'alcool, l'éther, le mercurochrome etc... Ces ventes "sauvages" réalisées pratiquement à perte permettraient de collecter les "bons" qui auraient pu s'égarer chez un confrère n'accordant que la ristourne anticonfraternelle.

.../...

(1) Elle concerne une vingtaine de confrères

(2) Voir à ce sujet page 121 les prescripteurs de listes de médicaments qui exercent, en général, dans cette partie de l'île.

(3) Donnée établie à partir des chiffres H.T. réalisés à l'importation dans les diverses communes, pour la période allant de septembre 1975 à septembre 1976.

- Citons encore le "collecteur" ou "pourvoyeur". Cette fonction consisterait, moyennant rétribution, à collecter les bons pour le compte d'une officine. Il existerait deux façons de procéder :

- la première serait d'attendre les clients à la sortie du cabinet médical -

- la deuxième, de suivre discrètement le médecin tout au long de ses visites.

Il est indéniable que la plupart de ces rumeurs sont fondées, on en trouve çà et là des preuves formelles.

Il est évident que le développement de telles pratiques et de telles rumeurs -la liste est loin d'être exhaustive- est dû essentiellement au système de soins en vigueur dans l'île :

- Tiers-Payant généralisé doublé de l'exonération du ticket modérateur.

### III - Liaison Sécurité Sociale-Aide Médicale relative au T.P. S.S.

#### a) Les dispositions légales concernant cette liaison

Elles sont prévues par le chapitre II du Titre III du Code de la Sécurité Sociale (art. 385 - 386 - 387 - 388 et 389). Ces dispositions prévues par l'ordonnance du 19 octobre 1945 ont été codifiées par le décret du 10 décembre 1956.

L'article L 388 dispose que : Les prestations dues par les Caisses de Sécurité Sociale pour les assurés bénéficiaires des lois d'Aide Sociale, sont les mêmes et d'un même montant que celles prévues

pour les autres assurés.

Elles sont versées à la collectivité publique d'Aide Sociale. Toutefois les frais d'hospitalisation sont payés directement par les Caisses aux établissements hospitaliers.

Mais l'article L 389 précise que, dans chaque département, le Préfet pourra en accord avec la Caisse de Sécurité Sociale décider que les dispositions de l'article L 383 seront remplacées par un des deux règlements suivants :

- soit par un règlement prévoyant :

1° Que les assurés sociaux, bénéficiaires de l'aide sociale, seront soumis au contrôle exclusif de l'aide sociale et qu'ils recevront des médecins de l'aide sociale les mêmes soins que les assurés sociaux ordinaires sans aucune participation à leur charge. L'accord susvisé déterminera les conditions et limites dans lesquelles lesdits assurés pourront prétendre aux spécialités pharmaceutiques ;

2° Que les caisses alloueront à la fin de chaque trimestre, aux services de l'aide sociale, une participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés bénéficiaires de l'aide sociale soignés pendant ledit trimestre au titre de l'aide médicale ;

- soit par un règlement prévoyant :

1° Que les assurés sociaux bénéficiaires de l'aide sociale, remplissant les conditions requises pour bénéficier des prestations d'assurances sociales ne bénéficieront de l'aide sociale que pour l'hospitalisation ;

2° Que les caisses prendront en charge, sous leur contrôle exclusif, les soins médicaux et pharmaceutiques de ces assurés dans les conditions prévues par le présent livre et avec application ou non de l'exonération visée aux articles L 236 et L 287 ;

3° Que les caisses rembourseront directement les honoraires des praticiens lorsque ceux-ci estimeront que le bénéficiaire de l'aide sociale se trouve dans l'impossibilité absolue d'acquitter une part quelconque des honoraires".

Le premier de ces deux règlements aménage l'article L 388 : les prestations dues par les caisses de sécurité sociale doivent, comme il est prévu à l'article L 383, être versées à l'aide sociale, mais il n'est plus question que ces caisses participent pour le même montant que celui prévu pour les autres assurés. Il est au contraire précisé qu'elles "alloueront à la fin de chaque trimestre, aux services de l'aide sociale une participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés bénéficiaires de l'aide sociale soignés"

C'est ce règlement que préconisait le Préfet en 1958. Il était en mesure d'exiger sa mise en oeuvre sous peine, en application de l'article L 383, d'un retour à la légalité et, par voie de conséquence, de la disparition du système du "paiement direct".

Le manque d'aideur à exiger l'application de l'article L 389 du Code de la Sécurité Sociale tenait peut être à l'existence des assurés-assistés-ticket modérateur à charge dans le système de 1957.

S'agissant de cette dernière catégorie, tout à fait étrangère à l'Aide Médicale, celle-ci eut été dans l'obligation, soit de lui consentir l'avance des frais, ce qui était paradoxal, soit de la dissoudre... Mais on a vu par ailleurs que les services de l'Aide Sociale avaient quelques raisons de maintenir et de contrôler cette catégorie tampon <sup>(1)</sup>.

Le deuxième règlement était en fait difficilement applicable car il impliquait sur le plan local, une régression brutale de la politique de l'Aide Médicale suivie jusqu'alo s : un grand nombre d'assurés sociaux bénéficierait de l'aide sociale pour les soins à domicile bien avant 1957.

.../...

(1) Voir pages 99 et 107

b) Les dispositions réglementaires

L'arrêté du 14 février 1957 fixant le règlement type de l'Aide Médicale pour les départements d'Outre-Mer est un bon exemple de ce que peut être un abus du Pouvoir Exécutif.

Ce règlement avait prévu, en son chapitre VII, article 57, une liaison avec la Sécurité Sociale en faveur des assurés assistés. Il y était sous entendu, s'agissant des soins à domicile, que dans le cadre des articles 86 et suivants de l'ordonnance du 19 octobre 1945, plusieurs procédures étaient possibles, les deux évoquées ci-dessous étaient préconisées :

- N° 1 - L'Aide Sociale avance la totalité des frais et récupère la participation de la Sécurité Sociale.

- N° 2 - La Sécurité Sociale, au contraire, avance la totalité des frais et récupère la participation de l'Aide Médicale.

Mais, dans le cadre de ce règlement, il n'apparaissait pas impossible d'en imaginer d'autres, notamment celle-ci :

- N° 3 - La C. G. S. S. et le Service Départemental de l'Aide Médicale règlent, directement, la part des dépenses qui leur incombe aux praticiens, auxiliaires médicaux, pharmaciens et fournisseurs.

Or, des trois procédures énumérées, si la première répond sensiblement à l'article L 388 du Code de la Sécurité Sociale, les deuxième et troisième n'ont pas été prévues par le législateur. Il s'agit d'un excès du Pouvoir Exécutif d'autant moins compréhensible que les procédures qu'il a proposées, lui sont nettement moins favorables que les dispositions législatives.

.../...

### c) Critique de la solution Réunionnaise

#### c1- Sur ses origines

Le pouvoir local, avec le protocole d'accord du 15 juillet 1957 a retenu la solution n° 3 qui est, à n'en point douter, la pire. Elle apparaît, avec l'admission des bénéficiaires dans le système et la dérision des contrôles liée à l'absence de sanctions applicables, comme une troisième tare du T.P. S.S.

La responsabilité des deux organismes payeurs, C.G.S.S. et Aide Médicale, est engagée, même si celle des services départementaux paraît effacée par l'initiative préfectorale de mai 1958<sup>(1)</sup>, époque où il semble que l'on ait entrevu au niveau ministériel, les défauts que comportait la solution choisie. On a seulement proposé, sans vouloir<sup>(2)</sup> l'imposer, l'application de l'article L 389 qui eût permis un meilleur contrôle des soins et des dépenses par les services de l'Aide Médicale.

Les assurés-assistés auraient été tout d'abord des assistés au lieu d'être avant tout des assurés.

Tant sur le plan des soins à domicile que sur celui de l'hospitalisation, le règlement prévu par l'article L 389 se serait alors appliqué à leur personne, à leurs praticiens et fournisseurs, c'est à dire à l'ensemble de leurs dépenses, pour le plus grand bien des finances de l'Aide Médicale, mais aussi, on peut en être certain, pour celles de la Sécurité Sociale.

En effet, en vertu de cet article L 389, la participation forfaitaire proportionnelle au nombre d'assurés soignés, bénéficiaires de l'Aide Sociale, réglée par la C.G.S.S. chaque trimestre, est inférieure à la quote part réelle qui incombe à celle-ci, les principaux tarifs des honoraires et prestations auraient subi alors l'abattement prévu par le règlement départemental de l'Aide Médicale.

(1) Voir page 95

.../...

(2) Ou sans pouvoir, car il était difficile en 1958 de renier un règlement type signé en 1957 par le Ministre de l'Intérieur.

## c2- Sur sa propension à accroître les dépenses de santé

Le défaut le plus important de cette liaison est donc qu'elle contribue au gonflement des dépenses de soins dans le département, notamment au niveau de l'Aide Médicale.

Ce système fait non seulement de ces assurés-assistés des assistés privilégiés sur le plan du libre choix, mais surtout des assistés qui coûtent cher à l'Aide Sociale dans la mesure où leurs soins, échappant au règlement départemental de l'Aide Médicale Gratuite, sont typiquement des soins d'assurés.

### 1° - Assistés privilégiés

Ils ne sont pas tenus à un choix annuel de leurs praticiens et de leur établissement hospitalier comme doivent l'être les assistés. Ils peuvent par conséquent consulter simultanément, ou changer autant de fois de médecins qu'ils le désirent. Cet abus de consommation médicale ne pourra être décelé, étant donné la dérision du contrôle (1).

### 2° - Assistés qui coûtent cher

Ils coûtent cher, tout d'abord en raison des abus occasionnés par le libre choix mais également pour d'autres motifs parmi lesquels :

#### -1- Les soins spécialisés

Les bénéficiaires de l'A.M.G. sont tenus concernant leurs soins spécialisés, leurs radios, de consulter en milieu hospitalier. Les tarifs y sont nettement inférieurs aux tarifs de ville. Il n'en est pas de même pour les assurés-assistés, lesquels jouissent du libre choix, consultent en ville et occasionnent ainsi un surplus de dépenses inhérent aux tarifs ville pour une part et aux abus liés au système du T.P. S.S. pour l'autre part.

(1) Voir page 119

-2- Le tarif de remboursement de l'Aide Sociale

Il est moins élevé que celui de la Sécurité sociale : les honoraires médicaux subissent un abattement de 20 % , ceux des dentistes de 10 % et les examens de laboratoire un abattement de 16 %.

Avec le système choisi, les assurés-assistés sont considérés d'abord comme des assurés : ils échappent à ces abattements ; d'où une dépense plus élevée pour un même service rendu.

-3- Les conventions D.A.S.S.-Praticiens au bénéfice de l'A.M.G.

Dans le domaine de la biologie, les services de l'Aide Médicale ont obtenu des laboratoires, outre l'abattement de 16 % sur le tarif départemental<sup>(1)</sup>, une convention plus proche des règles de l'art du biologiste. Celle-ci fixe un plafond aux principaux actes de bactériologie, lequel est un frein aux abus que tolérait généreusement la nomenclature officielle.

Cette dernière permettait -jusqu'en septembre 1976- qu'un laboratoire puisse facturer systématiquement 3 bactéries ( + 3 antibiogrammes s'il avait été prescrit antibiogrammes) + 1 recherche de trichomonas + 1 recherche de candida en cas de suspicion, soit un total limité de B 285<sup>(2)</sup> (qui pouvait être supérieur dans certains cas) quel que soit le prélèvement : vagin, selles (normalement septiques) urines (on pouvait s'interroger alors sur la signification de tels examens). La convention stipule que, en aucun cas, la cotation maximale ne sera supérieure à B 105<sup>(3)</sup> (à B 145 s'il est prescrit antibiogrammes).

....

(1) Lui-même supérieur de 20 % au tarif métropolitain.

(2) Le B est la lettre clé servant à coter les actes de biologie : vaut actuellement 1,15 F en Métropole, 1,33 F à la REUNION. B 285 = 1,38 F X 285).

(3) Pour certains laboratoires on remarque, statistiquement des différences de cotation très importantes en bactériologie selon qu'il s'agit de la catégorie assistés purs (cotation inférieure ou voisine à B 145) ou des catégories assurés payant ou assurés assistés (cotation nettement supérieure, voisine de B 200).

Ce système de liaison fait que les dépenses de biologie des assurés assistés échappent à cette convention<sup>(1)</sup> en vigueur uniquement pour l'A. M. G.

#### -4- L'hospitalisation

Même remarque pour l'hospitalisation.

Dans les cliniques à but non lucratif et les hôpitaux, le Préfet a établi, pour les ressortissants de l'Aide Médicale, un prix de journée qui constitue un tarif forfaitaire et global comprenant l'hébergement, les honoraires des praticiens, les radioscopies et les radiographies, les examens de laboratoire, etc...

La convention nationale entre les Caisses Régionales de Sécurité Sociale et hôpitaux privés à but non lucratif précise que, dans ces établissements comme dans les hôpitaux publics, le prix de journée à l'usage des caisses ne comprend ni les honoraires médicaux, ni les radioscopies, ni les radiographies etc...

Il en résulte que la Caisse paie en fait deux fois ces différents actes, une première fois dans le prix de journée, une deuxième fois directement<sup>(2)</sup>.

Curieusement, l'Aide Médicale du fait de la liaison choisie, paie, elle aussi, pour la quote part qui lui incombe, une deuxième fois ces différents actes médicaux.

.../...

- (1) Il convient de préciser que la C.G.S.S. ne peut s'engager d'elle-même dans une convention restrictive par rapport à la nomenclature des actes de biologie médicale.
- (2) On peut se poser la question de savoir à qui profite cet état de fait : - aux services de l'A.M.G. qui bénéficieraient d'un prix de journée sous évalué ? une partie de ces différents actes étant, alors, des charges indûment payées par la Sécurité Sociale.

- Dans le cas d'un établissement à but non lucratif, aux propriétaires des locaux, lesquels par ce biais pourraient augmenter leurs loyers ?.

-5- Les médicaments

En ce qui concerne la consommation pharmaceutique, les dépenses induites par ce mode de liaison paraissent tout aussi conséquentes. L'Aide Sociale exige pour toute ordonnance dont le montant est supérieur à 30 F l'accord préalable du Contrôle Médical de l'Aide Médicale. Ce n'est qu'une formalité mais il est évident qu'elle est très efficace par son côté dissuasif. Le médecin ne fait cette demande que si elle lui paraît nécessaire, sinon il s'arrangera pour que son ordonnance soit inférieure à 30 F.

La consommation pharmaceutique des assistés purs s'en trouve ralentie d'une façon appréciable.

En effet, en 1975, le coût moyen d'une ordonnance pour les assistés purs, s'élève à 76 F, il est par contre pour les assurés-assistés de 93 F. Les dépenses pharmaceutiques de ces derniers sont donc 29 % plus cher que celles des assistés purs <sup>(1)</sup>.

En adoptant le mode de liaison prévu par l'article 12 du Code de la Sécurité Sociale, l'Aide Sociale aurait donc réalisé une économie de 29 % sur les dépenses afférentes à cette catégorie d'assurés assistés. La Sécurité Sociale ayant une quote part plus importante aurait réalisé une économie plus substantielle encore, puisque le règlement prévu par cet article précisait : "... L'accord assis (Sécurité Sociale-Aide Médicale) déterminera les conditions et limites dans lesquelles lesdits assurés pourront prétendre aux spécialités pharmaceutiques..."

Dans le cadre de ce règlement, ces conditions et limites, en toute logique, auraient été celles des assistés de l'AM G., puisque les deux catégories par ailleurs, auraient bénéficié des mêmes soins et subi les mêmes contrôles.

-6- Réflexions tirées de ces faits

Si l'on considère la Sécurité Sociale et l'Aide Médicale

(1) Voir page 145    Tableau C.

comme appartenant à un même type d'organisme public ce qui est, d'une façon générale de plus en plus vrai<sup>(1)</sup> et dans le cadre du tiers-payant Réunionnais, une réalité, on voit, sur le plan pharmaceutique, que l'assistance surveillée, celle de l'A. M. G., est plus économique (76 F par ordonnance en moyenne) que l'assistance en liberté, celle du système T.P. S.S. (98 F par ordonnance en moyenne).

Ces deux formes d'assistance faisant appel à la médecine libérale, on est tenté d'étendre ces conclusions à la médecine libérale elle-même : la médecine libérale surveillée par un règlement strict (plafond, forfait etc...) pourrait être plus économique que la médecine libérale que l'on connaît et à fortiori, plus économique que la médecine libérale libérée de ces deux freins naturels (ticket modérateur et avance des frais) telle qu'elle est pratiquée à la REUNION dans le cadre du T.P. S.S. et telle que certains la proposent sur le plan national.

### c3 - Sur les difficultés de coordination entre les deux organismes

Ce système de liaison est très critiquable pour d'autres raisons encore. Retenons qu'il encourage et développe la bureaucratie et la paperasserie.

Ainsi, il nécessite deux catégories de bons, les roses et les bleus, avec toutes les complications et anomalies administratives que cela entraîne et dont voici un exemple :

- Ces bons constituent une liasse. Il existe accolée au bon bleu, destinée à l'Aide Médicale, sur lequel le médecin prescrit, une feuille de papier carbone qui impressionne plutôt mal, le bon rose destiné à la Sécurité Sociale, lequel, le plus souvent, est illisible.

Sachant qu'il n'existe qu'un seul contrôle, l'organisme ayant contrôlé faisant part de ses observations à l'autre, il est facile au pays de Courtoisie de connaître l'organisme contrôleur,

.../...

(1) En effet, la Sécurité Sociale bien qu'organisme privé a pratiquement perdu son caractère d'assurance privée. Elle est plutôt devenu un système de redistribution des revenus. Elle devient de plus en plus un système d'assistance.

137

C'est évidemment celui qui, réglant le principal ne peut exercer plus souvent un contrôle réel.

Remédier à cet état de choses paraît être facile, cependant le stock de bons déjà imprimés est tel, qu'il convient avant tout de l'utiliser... En clair, un stock de papier est plus important sur le plan de la gestion que le contrôle technique...

#### IV - Part du système Tiers-Payant dans les dépenses de santé à la REUNION

##### a) Préambule

Nous avons déjà vu combien ces deux systèmes sont très proches l'un de l'autre. Le système T.P. S.S. s'apparente, en réalité, davantage à un système d'assistance qu'à un système d'assurance. Il est par conséquent naturel que les bénéficiaires du T.P. S.S. aient avant tout une mentalité d'assistés :

- leurs droits sécurité sociale restent ouverts pour des conditions de salariat relativement lâches : 30 jours de travail au cours des six derniers mois<sup>(1)</sup>.

- ils ne font pas l'avance des frais.

- ils n'acquittent qu'une participation réduite ou nulle dans la plupart des cas.

- leur appartenance au système est déterminée par les seuls services de l'Aide Médicale, comme s'il s'agissait d'assistés intégraux.

(1) Voir le détail de l'ouverture des droits page 53 et suivantes

- ils ont été, sont ou seront, dans la quasi totalité des cas, des bénéficiaires réels de l'Aide Médicale.

Toutes ces données ont pour conséquences que dans ce chapitre également il est impossible d'ignorer le système de l'A. M. G. Les dépenses de chacun des deux systèmes sont étroitement dépendantes l'une de l'autre.

LA REUNION, département français, possède à ce titre le même système de soins que celui de la Métropole, en plus sophistiqué pourrait-on dire, du fait de l'existence du tiers-payant généralisé. Par conséquent, l'évolution des dépenses d'un tel système n'échappe pas à la tendance générale qui est à l'accroissement du coût de la santé.

Bien au contraire, cette tendance à l'accroissement incontrôlable des dépenses est dans ce département terriblement amplifiée du fait :

- des dépenses induites par le tiers-payant généralisé doublé de l'exonération du ticket modérateur,

- de l'absence d'adéquation entre le système de soins Européen et les conditions de vie d'une majorité des bénéficiaires du tiers-payant, lesquelles s'apparentent souvent encore à celles existant dans le tiers-monde.

L'importance du taux d'accroissement des dépenses de soins dans le département devrait inquiéter au plus haut point les responsables. Cette inquiétude peut paraître, en première analyse, excessive : le montant absolu des dépenses est encore inférieur à celui que l'on a en Métropole, pour un même nombre d'habitants. C'est l'argument que ne manquent pas d'agiter, à toutes occasions, nombre de bénéficiaires de cette situation.

Cet argument est spécieux. On verra, en effet, toutes choses étant par ailleurs égales, que la partie de la population vivant sensiblement avec un niveau de vie proche de ce qu'il est en Métropole a une consommation médicale inférieure de moitié à la consommation

.../...

métropolitaine. Le climat réunionnais est donc particulièrement salubre pour cette catégorie.

Par contre, s'agissant de la population bénéficiaire du tiers-payant, l'inquiétude est fondée :

- leur consommation médicale et le taux d'accroissement de celle-ci sont très nettement supérieurs aux moyennes métropolitaines.

- le climat salubre est impuissant, pour cette partie de la population à contenir les dépenses de santé...

## b) Part des différents actes

### b1 - Les actes médicaux

Au cours de l'année 1975 ont été effectués <sup>(1)</sup> dans le département quelques 1 526 418 C <sup>(2)</sup>.

Ce nombre est en augmentation de plus de 10 % par rapport à 1974.

Le tableau A, ci-dessous, présente un aspect de la consommation de ces actes selon les différentes catégories de bénéficiaires. Il nous indique clairement que ce sont celles du T.P. - T.P.S.S. et A.M.G. - qui rendent le plus souvent visite au médecin. Leurs bénéficiaires consultent en moyenne 2,5 fois quand les assurés payant ne le font qu'une seule fois. Le fait que 41 % des personnes de la catégorie I ne consomment que 21 % des actes, soit 1,65 acte par individu et par an tend à prouver que le climat salubre de la REUNION nécessite pour eux beaucoup moins de visite chez le médecin qu'en Métropole (de l'ordre de 5 actes par individu et par an).

....

(1) Selon le rapport annuel du Docteur BAUP, médecin contrôleur principal de l'Aide Sociale.

(2) Ce nombre a été obtenu par le Docteur BAUP en convertissant consultations (C), visites (V) et les actes chirurgicaux et spécialisés (K) en unité de base :  $C = C = \frac{V}{1,5} = \frac{K}{4}$ .

Les accouchements, les indemnités kilométriques, les visites nuit et du dimanche ont été exclus de ce total.

différentes catégories de bénéficiaires (1) : Consommation des actes médicaux en 1975

| catégorie              | Taux | Nombre d'actes en C | Taux des actes | Nombre d'actes par individu et par an | Consommation par rapport à la catégorie I |
|------------------------|------|---------------------|----------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| Assurés payants (P.P.) | 41 % | 328 401             | 21 %           | 1,65                                  | 1                                         |
| Assurés S.S.           | 35 % | 733 097             | 48 %           | 4,5                                   | 2,6                                       |
| Assurés L.G.           | 24 % | 464 920             | 31 %           | 4,2                                   | 2,5                                       |
| Assurés P.             | 59 % | 1 198 017           | 79 %           | 4,3                                   | 2,6                                       |

(1) Les critères retenus pour déterminer les diverses catégories sont :  
I : l'ensemble de la population la plus fortunée de l'île : fonctionnaires, assurés payant, commerçants etc...

II : les assurés assistés : T.P. S.S.

III : les assistés purs : A.M.G.

IV : l'ensemble des bénéficiaires d'un système de T.P. et de l'attribution du ticket modérateur II + III

(2) La consommation de la catégorie I étant prise pour consommation de base et égale à 1.

.../...

Il n'en est rien pour les catégories II et III qui sont responsables dans ce domaine de 79 % des dépenses.

L'appel au médecin est aussi fréquent qu'en Métropole, malgré le climat et une densité médicale très faible<sup>(1)</sup> qui constitue un facteur incontestable à la consommation d'actes médicaux et par voie de conséquence à la plupart des actes qui en découlent.

L'activité de la majorité des médecins est maximale, voire dans certains cas incompatible avec une médecine de qualité si l'on se réfère aux normes formulées par les économistes médicaux<sup>(2)</sup>. Par ailleurs, on note que la consommation des assistés purs (catégorie I) est légèrement moindre que celle du T.P. S.S. (catégorie II) malgré une décongestion du ticket modérateur plus importante dans la première catégorie. Il faut mettre ce résultat à l'actif du règlement départemental de l'Aide Sociale<sup>(3)</sup> qui tend à limiter l'accès au médecin.

#### b2 - Les actes de radiologie (actes en Z)

La catégorie IV représente 59 % de la population et consomme 75 % des actes en Z.

De ce fait, la consommation de Z par habitant et par an est de 9,2 pour cette catégorie, alors qu'elle n'est que de 7,5 pour l'ensemble de la FRANCE.

Du reste cet écart va se creuser encore : la croissance métropolitaine annuelle de ces actes est de 10 %, celle de la REUNION de 13 %.

#### b3 - Les actes de biologie (actes en B)

Le tableau B nous confirme que ce sont encore les mêmes catégories qui sont responsables des dépenses de biologie dans le département et avec une proportion qui est constante : 79 % des dépenses pour 59 % de la population.

) 1 médecin pour 3 750 habitants à la REUNION contre 1 médecin pour 787 habitants en Métropole.

Le Concours Médical du 24.2.73 P. 1507 précise que cette activité est de 4 consultations à l'heure, et de 2 à 3 visites à l'heure pour un omnipraticien.

3) Voir pages 131 et 132.

Tableau B

| Différentes catégories de bénéficiaires (1) |                    | Consommation des B en 1975 |           |                                    |                                         |
|---------------------------------------------|--------------------|----------------------------|-----------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| Noms et effectifs                           | % de la population | Nombre de B                | Taux de B | Nombre de B par individu et par an | Consommation par rapport à la catégorie |
| I -                                         |                    |                            |           |                                    |                                         |
| S.S. payant                                 |                    |                            |           |                                    |                                         |
| + MUFA                                      | 41 %               | 3 058 888                  | 21 %      | 15                                 | 1                                       |
| + Divers                                    |                    |                            |           |                                    |                                         |
| 197 000                                     |                    |                            |           |                                    |                                         |
| IV -                                        |                    |                            |           |                                    |                                         |
| Tiers-Payant                                | 59 %               | 11 333 364                 | 79 %      | 41                                 | 2,7                                     |
| 277 453                                     |                    |                            |           |                                    |                                         |
| TOTAL                                       |                    |                            |           |                                    |                                         |
| 475 000                                     | 100 %              | 14 392 252                 |           | 31                                 | 2                                       |

(1) Les critères retenus sont les mêmes que dans le tableau A

I : tous les payants

IV : tous les bénéficiaires d'un système de tiers-payant :  
assistés + assurés-assistés.

Il n'a pas été possible d'obtenir le nombre de B hospitaliers correspondant aux catégories II et III

(2) La consommation de la catégorie I étant prise pour consommation de base et égale à 1.

La consommation globale de B par habitant et par an est encore, pour 1975, rassurante : 31, soit moins qu'en Métropole où la moyenne est de 36.

Par contre, dès 1977 cette donnée sera en défaveur de la REUNION. En effet, le taux de croissance global des dépenses de biologie y est de 21,5 % par an, contre 13 % en Métropole.

L'accroissement porte essentiellement sur la catégorie IV celle qui consomme pratiquement 3 fois plus que les assurés payant.

Faute de freins, le phénomène n'est pas près de s'arrêter...

Bien au contraire, à compter du 4ème trimestre de 1976, il va y avoir dans ce domaine un regain de la croissance lié à l'entrée en vigueur, au 1er septembre 1976, de la nouvelle nomenclature. En effet, celle-ci n'est pas de toute évidence adaptée aux problèmes Réunionnais.

En Métropole les examens parasitologiques sont rarement prescrits, la nomenclature a été remaniée en tenant compte de ce fait : les prix d'une parasitologie des selles augmentent de 100 % à 200 % par rapport à l'ancien tarif. Ces dispositions visent à rentabiliser les techniques et les techniciens.

A la REUNION, par contre, ce type d'examen est courant et dans bien des cas systématique. C'est un examen de routine qui sera payé cher...

#### b4- Les actes des auxiliaires médicaux (actes en AMI)

On constate exactement le même phénomène : les bénéficiaires du Tiers-Payant consomment 80 % des actes AMI alors que 41 % de la population ne consomment que les 20 % restant !

.../...

### c) Part des médicaments

La croissance des produits pharmaceutiques est de 20 % par an en moyenne pour l'ensemble de l'île <sup>(1)</sup>.

Selon le tableau C la consommation est évidemment supérieure chez les bénéficiaires des catégories II et III.

Comme elle représente déjà 82 % du total -83 % si l'on tient compte de l'hospitalisation- on peut se demander quels niveaux elle va atteindre.

Un individu de la catégorie IV dépense en moyenne 3,2 fois plus en médicaments que celui de la catégorie I.

Dans ces conditions, il n'est pas exagéré de parler d'une surconsommation de produits pharmaceutiques et de craindre l'apparition de maladies iatrogènes chez ces individus dont on peut se demander quelles sont les conséquences réelles sur leur état de santé.

La responsabilité morale de certains médecins, de part leurs prescriptions excessives <sup>(2)</sup> est engagée. Celle de certains pharmaciens est également mise en cause par les irrégularités auxquelles ils se livrent <sup>(3)</sup> ou plus simplement, en négligeant de mettre en garde leurs clients contre une consommation abusive <sup>(4)</sup>.

Il est vrai qu'à la REUNION comme ailleurs, une grande partie des médicaments finissent dans les poubelles...

On remarque, d'autre part, que le coût par ordonnance pour les assistés purs (76 F) est inférieur à celui des assurés-assistés (98 F) malgré une exonération plus large du ticket modérateur pour les premiers.

.../...

(1) Source INSEE

(2) Voir page 123 : les listes de médicaments

(3) Voir page 125 et suivantes

(4) Tel ce pharmacien qui a délivré en 3 mois, à une même personne, 19 ordonnances identiques signées de trois médecins et comportant 2 médicaments inscrits au tableau C, ce qui représentait selon la posologie des prescriptions 353 jours de traitement !

Tableau C

| Bénéficiaires (1)              |      | Consommation totale de médicaments en 1975<br>82 millions de francs (2) |        |                     |                                       |
|--------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------|---------------------------------------|
| Catégorie                      | Taux | Montant en millions                                                     | Taux   | Coût par ordonnance | Consommation par rapport la catégorie |
| S. payant<br>MUA               | 41 % | 12                                                                      | 13,5 % |                     |                                       |
| 77 000                         |      |                                                                         |        |                     |                                       |
| Médicaments non remboursés (3) |      | 4                                                                       | 4,5 %  |                     | 1                                     |
| 221                            |      | 16                                                                      | 18 %   |                     |                                       |
| S.S.                           | 35 % | 46                                                                      | 51,5 % | 98                  | 3,4                                   |
| 660                            |      |                                                                         |        |                     |                                       |
|                                | 24 % | 27                                                                      | 30,5 % | 76                  | 2,9                                   |
| 793                            |      |                                                                         |        |                     |                                       |
| iers-Payant                    | 59 % | 73                                                                      | 82 %   |                     | 3,2                                   |
| 77 453                         |      |                                                                         |        |                     |                                       |

(1) Les critères retenus sont les mêmes que pour le tableau A.

(2) La consommation hospitalière est exclue de ce chiffre, elle est de l'ordre de 17 millions de francs.

(3) Médicaments non remboursés ont été principalement consommés par les individus de cette catégorie.

Ce moindre coût par ordonnance résulte de l'efficacité du régime départemental de l'Aide Médicale<sup>(1)</sup>.

Il est regrettable pour les finances de la C.G.S.S., mais aussi pour celles de l'Aide Médicale, que les dépenses pharmaceutiques des assurés assistés échappent illégalement<sup>(2)</sup> à ce régime.

#### d) Part de l'hospitalisation

##### d1 - Les données

Le régime hospitalier du tiers-payant est pratiquement identique à celui de la Métropole. Quelles que soient les ressources des bénéficiaires, la délégation de paiement est toujours acquise, de même l'exonération du ticket modérateur de 20 % dès que la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours, ou l'acte chirurgical supérieur à K 50.

Dans le cas contraire, le ticket modérateur de 20 % reste à la charge des assurés normaux, il est par contre réglé par l'Aide Médicale s'agissant des assurés les moins favorisés, à savoir les bénéficiaires du T.P. S.S..

Pour poursuivre la comparaison qui a été amorcée à propos des soins à domicile, entre les bénéficiaires d'un T. P. généralisé, exonérés partiellement ou totalement du ticket modérateur et les assurés payant, non exonérés du ticket modérateur, il a fallu regrouper avec la meilleure approximation<sup>(3)</sup> possible, les bénéficiaires du T.P. S.S., lesquels étaient mêlés à l'ensemble des bénéficiaires du tiers-payant hospitalier.

L'ensemble des données recueillies pour 1975 a été condensé dans les tableaux D et E. Le tableau D est relatif aux hospitalisations, le tableau E aux journées.

Leur examen confirme et accentue le fait établi par l'étude

(1) Voir page 135

.../...

(2) Voir page 127 et suivantes

(3) Les chiffres concernant l'hospitalisation globale, celle des assistés purs, celle des assurés exonérés à 100 %, celle des assurés exonérés à 80 % et celle des assurés assistés à 20 % sont connus avec précision. Le chiffre concernant l'hospitalisation des bénéficiaires du T.P. S.S. pour les soins à domicile, a été déduit de ces 3 derniers chiffres.

Tableau D

| Bénéficiaires |       | Hospitalisation en 1975 |                  |                                                                                             |                                           |
|---------------|-------|-------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Catégorie (1) | Taux  | Nombre d'entrées        | Taux des entrées | Taux de fréquentation hospitalière<br>‰ = $\frac{\text{Nombre d'entrées}}{\text{effectif}}$ | Consommation (par rapport à la catégorie) |
| MIFA          |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
| + S.S. payant | 41 %  | 13 103                  | 17 %             | 66 ‰                                                                                        | 1                                         |
| + Divers      |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
| 17 000        |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
|               |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
|               |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
| S.S.          | 35 %  | 30 029                  | 40 %             | 182 ‰                                                                                       | 3                                         |
| 600           |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
|               |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
|               | 24 %  | 32 571                  | 43 %             | 288 ‰                                                                                       | 4,5                                       |
| 793           |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
|               |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
| Tiers-Payant  | 59 %  | 62 600                  | 83 %             | 226 ‰                                                                                       | 3,5                                       |
| 77 453        |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
|               |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
| TOTAL         |       |                         |                  |                                                                                             |                                           |
| 73 000        | 100 % | 75 703                  | 100 %            | 159 ‰                                                                                       | 2,4                                       |

(1) Mêmes critères que pour le tableau A.

.../...

Tableau B

| Bénéficiaires                                       |       | Journées d'hospitalisation en 1975 |                      |                                |                                             |
|-----------------------------------------------------|-------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| Catégorie (1)<br>Effectif                           | Taux  | Nombre de<br>journées              | Taux des<br>journées | Nombre de journées<br>individu | Consommation<br>par rapport<br>la catégorie |
| I -<br>S.S. Payant<br>+ MUFA<br>+ Divers<br>197 000 | 41 %  | 148 375                            | 13 %                 | 0,75                           | 1                                           |
| II -<br>T.P. S.S.<br>164 660                        | 35 %  | 426 210                            | 37 %                 | 2,6                            | 3,3                                         |
| III -<br>A.M.G.<br>112 793                          | 24 %  | 575 615                            | 50 %                 | 5,1                            | 6,5                                         |
| IV -<br>T.P.<br>277 453                             | 59 %  | 1 001 625                          | 87 %                 | 3,6                            | 4,7                                         |
| TOTAL<br>475 000                                    | 100 % | 1 150 000                          | 100 %                | 2,4                            | 3,8                                         |

(1) Mêmes critères que pour le tableau A.

.../...

des soins à domicile : la quasi totalité des dépenses est occasionnée par les bénéficiaires du tiers-payant (T.P. S.S. ou A.M.G.).

Ainsi 59 % de la population comptabilisent 83 % des hospitalisations et 87 % des journées . Les 24 % de la catégorie III (assistés purs) occupent 50 % de ces journées, leur durée moyenne d'hospitalisation étant nettement supérieure.

En outre, cette tendance ne fait que s'accroître au fil des ans car la propension à se faire hospitaliser est plus grande chez les catégories II et III. Ainsi, l'Aide Médicale assurait en 1975 58,4 % des recettes du Centre Hospitalier Départemental de SAINT-DENIS, le plus important centre hospitalier de l'île, contre 43,3 % en 1969.

La catégorie IV assurait en 1975 88 % des recettes contre 83,3 % en 1969.

Dans le domaine de l'hospitalisation comme dans celui des soins, ce sont les assurés sociaux ordinaires -ceux qui s'apparentent le plus aux assurés sociaux métropolitains- qui occasionnent à la REUNION le moins de dépenses de santé. Alors qu'en Métropole le taux de fréquentation hospitalière est de 86 ‰<sup>(1)</sup> il n'est que de 66 ‰ pour la catégorie I.

La différence est plus sensible encore si l'on examine ce qui se passe avec les journées d'hospitalisation lesquelles constituent en fait un critère plus significatif. La catégorie I n'est hospitalisée que 0,75 jour par an et par habitant contre 3,5 jours en Métropole.

Le fait de peu consommer de soins à domicile, y compris de médicaments, n'oblige pas, bien au contraire, les assurés qui ne bénéficient pas d'un système de tiers-payant généralisé, doublé d'une exonération du ticket modérateur, à se faire hospitaliser !

.../...

(1) Il varie de 65 ‰ à 128 ‰

Cette constatation, on peut déjà le souligner, est en opposition totale avec les conclusions du rapport de l'Inspecteur des Affaires Sociales de 1972 <sup>(1)</sup>

d2- Les causes de la tendance à hospitaliser les bénéficiaires du tiers-payant

Si les bénéficiaires du tiers-payant -généralisé aux soins à domicile- sont aussi ceux qui sont hospitalisés le plus fréquemment, il faut admettre que cette propension à l'hospitalisation n'est pas le fait du système, lequel en l'occurrence n'exerce pas grande influence.

Par contre, la condition sociale des bénéficiaires est déterminante ici au premier chef ; le système du tiers-payant hospitalier doublé de l'exonération totale du ticket modérateur intervient quant à lui en deuxième lieu.

Dans bien des cas où l'hospitalisation elle-même est discutable, il s'agit soit de personnes âgées seules, ou d'enfants de milieux sociaux modestes dont les parents travaillent, soit de adultes vivant dans des conditions matérielles ou d'isolement telles que leurs soins sont rendus difficiles.

L'hospitalisation a alors pour but de maintenir une certaine qualité des soins.

Il convient de rappeler que cet aspect de l'hospitalisation abusive existe également en Métropole <sup>(2)</sup> où les mêmes catégories de personnes (vieillards, enfants seuls, marginaux) ne bénéficient pas, comme à la REUNION, du T.P.

.../...

(1) Voir page 153 et suivantes

(2) Voir le rapport de l'Inspection <sup>Générale</sup> des Affaires Sociales de 1973 page 299.

Dans d'autres cas, certains malades sont hospitalisés aux fins d'examens biologiques, radiologiques, d'investigation ou de contrôle dont le coût, inclus dans le prix de journée d'hospitalisation, échappe à l'éventuelle participation due par le malade au titre des soins à domicile.

C'est encore une preuve du caractère dépensier d'un tel système où le T.P. -hospitalier dans ce cas- est doublé de l'exonération totale du ticket modérateur. Les mêmes gens qui par ailleurs bénéficient du T.P. (tiers-payant plus exonération pratiquement totale du ticket modérateur) n'hésitent pas à se faire hospitaliser afin de ne pas régler les 5 % ou 10 % du ticket modérateur laissés à leur charge ; ils bénéficient en outre, d'un hébergement gratuit !

D'ailleurs cette pratique peut déborder les soins médicaux. On peut imaginer le cas -plausible- où l'hospitalisation permettrait de bénéficier gratuitement de soins et prothèses dentaires.

Il suffit, pour cela, d'entrer à l'hôpital sous un quelconque motif, ce qui est facilement réalisable dans les hôpitaux périphériques où la direction ne demande qu'à remplir ses lits, et de consulter ensuite un dentiste. La direction déboursera le cas échéant le tarif ville, et se fera rembourser par la C.G.S.S. sur la base du tarif hôpital. La perte ne sera qu'apparente pour l'hôpital car finalement celui-ci encaissera  $n$  fois le prix de journée si les soins dentaires ont duré  $n$  jours <sup>(1)</sup>.

Un autre aspect du problème est la durée parfois excessive de l'hospitalisation <sup>(2)</sup>. En ce qui concerne la REUNION, elle est souvent due à la dispersion de l'habitat, à l'ignorance totale en matière

.../...

(1) Ces journées d'hospitalisation non justifiées seront encore des charges indues pour la Sécurité Sociale.

(2) Ceci se retrouve sur le plan national si l'on se réfère à la circulaire que publiait un directeur d'hôpital métropolitain destinée aux praticiens de son établissement et dans laquelle il leur demandait de ne pas vider l'ensemble des lits la veille d'une période de fêtes....

d'hygiène de la majorité des bénéficiaires du T.P. d'où un terrain propice à l'extension et à la chronicité des infections sous ce climat tropical. Cette durée excessive est encore due à une malnutrition réelle chez de nombreux individus<sup>(1)</sup> concernés laquelle entraîne le plus souvent une convalescence exagérément longue, notamment en chirurgie osseuse et plus spécialement en pédiatrie où la durée moyenne de l'hospitalisation est de 30 jours. La malnutrition et les parasitoses infantiles sont telles pour ces catégories qu'en fait les séjours prolongés paraissent justifiés sur le plan médical.

L'ennui c'est que l'on en arrive très vite à mêler l'aspect médical - les soins - et l'aspect sanitaire - l'hygiène alimentaire et corporelle - assuré par le côté hôtelier de l'hospitalisation prolongée. L'aspect médical devenu accessoire reste pourtant la cause du coût élevé d'une telle hospitalisation qui n'est plus en réalité qu'un séjour sanitaire pour convalescents.

En fait, cette confusion de l'aspect purement médical et de l'aspect sanitaire, synonyme de prévention est un problème général. Il est parfois difficile de savoir quel est celui qui prédomine dans le succès de la thérapeutique moderne, celle-ci s'appropriant systématiquement le second.

L'échec de la médecine moderne sur plus de la moitié de la population du département -les 59 %, bénéficiaires du tiers-payant qui consomment 83 % des soins médicaux- démontre clairement que sans prévention, sans hygiène elle est incapable de venir à bout des fléaux Réunionnais.

En effet, il convient de rappeler cette vérité première que les responsables des années 55-60 ont méconnu : dans la guerre contre les maladies, l'action sanitaire doit rester l'arme de première ligne qui procède au gros du nettoyage ; la médecine moderne, arme de deuxième ligne est absolument nécessaire pour venir à bout de ce qui a résisté à la précédente, mais trop sophistiquée et onéreuse pour être employée sur un terrain vierge.

(1) Ce sujet a été abordé dans la thèse du Docteur .../...  
T. MARK (1974).

A la REUNION, son échec est manifeste dès qu'elle se retrouve en première ligne au lieu et place de la prévention.

V - Appréciation critique du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 1972 relatif au Tiers-Payant et à l'exonération du ticket modérateur<sup>(1)</sup>

L'étude des deux freins traditionnels de la consommation des soins a amené les services de l'Inspection Générale de Affaires Sociales à regretter de ne pas avoir de "véritables observatoires sociaux qui permettaient de saisir la réalité sociale dans un ensemble ou à travers un échantillon important".

LA REUNION nous paraît être, dans ce domaine, un "observatoire social" idéal. C'est la raison pour laquelle cette appréciation critique est formulée.

a) La remise en cause des deux freins traditionnels

Le rapport met en doute la pensée selon laquelle le système du tiers-payant et l'exonération du ticket modérateur sont des facteurs importants de l'accroissement des dépenses de santé. Autrement dit, le ticket modérateur et, à un degré moindre, l'avance des frais par le malade sont remis en cause, "comme autant d'idées reçues", en tant que freins aux dépenses de santé.

.../...

(1) Voir pages 12 - 13 - 164 - 287 à 301  
du rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales  
de 1972.

Ces idées reçues seraient le fruit d'analyses "trop partielles pour ne pas être déformantes". Pour pallier cet inconvénient, les services de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ne se sont pas attachés, pour un individu ou un groupe d'individus, à l'aspect partiel, représenté par les "premiers actes médicaux" (praticiens, pharmaciens), mais plutôt à l'aspect global en tenant compte de l'hospitalisation.

C'est également ce que nous avons essayé de réaliser à la REUNION tout en aboutissant, pour l'essentiel à des conclusions éloignées de celles de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

b) Remarques sur la méthodologie de l'enquête

A la lecture du rapport, on découvre des points sur lesquels il est permis de s'interroger, s'agissant des critères retenus.

La consommation des soins de tel assuré a été classée intégralement dans la catégorie "assuré utilisant le T.P." ou "assuré mutualiste"<sup>(1)</sup> dès lors que l'assuré a bénéficié une seule fois dans l'année de référence de ces avantages.

Ce classement réalisé pour la commodité de l'exploitation risque, si de tels exemples se sont répétés fréquemment, de fausser les conclusions mêmes du rapport.

- Plus importante est la remarque concernant la façon dont les catégories d'assurés ont été élaborées.

Les conclusions du rapport retiennent surtout :

- les mutualistes ; ce sont les assurés exonérés du ticket modérateur. Le plus souvent, ils bénéficient également d'un système de tiers-payant non obligatoire.

- les assurés non mutualistes non bénéficiaires du tiers-payant.

.../...

(1) Exonérés partiellement ou totalement du ticket modérateur.

Les catégories ainsi définies, on compare les consommations de chacune comme si, par ailleurs, elles étaient identiques. On a donc pris comme postulat :

- les dépenses de santé sont avant tout fonction des systèmes de couvertures (tiers-payant, mutuelles). En conséquence, il suffit de former des catégories dans lesquelles les individus sont classés en fonction de la seule variable : système de couverture ; les autres variables étant négligeables notamment le milieu socio-professionnel et l'âge.

Cette façon de faire n'est pas satisfaisante. Pour mettre en évidence, d'une façon significative, l'influence du système de couverture sur la consommation des soins il aurait fallu constituer des catégories possédant des individus d'âge, d'origine sociale et professionnelle identiques et ne différant que par ce système de couverture.

On découvre, aux divers moments du rapport, les réalités suivantes :

- les mutualistes sont jeunes (50 % des assurés ont moins de 45 ans, seulement 17 % ont plus de 65 ans). Ce sont des actifs ayant des enfants. Ils appartiennent à des catégories sociales plus structurées mieux intégrées.

On en déduit aisément que les individus de cette catégorie vivent donc dans de bonnes conditions de confort physique, matériel et moral.

- les non mutualistes sont nettement plus âgés (28 % seulement des assurés ont moins de 45 ans, 30 % ont plus de 65 ans). On trouve chez eux une forte proportion de vieillards, de travailleurs isolés, d'immigrés, de marginaux.

Par conséquent, les conditions de confort physique, matériel et moral sont forcément nettement inférieures dans cette catégorie.

Ces faits essentiels paraissent ne pas avoir la moindre incidence sur les résultats de l'enquête.

Ils ne suscitent qu'une interrogation sur la nature exacte de la relation de cause à effet existant entre les conditions socio-professionnelles des individus et leur système de couverture de soins.

Pourtant, l'exemple Réunionnais ne laisse aucun doute sur l'importance de ces données. Les bénéficiaires d'un système de tiers-payant et de l'exonération totale ou partielle du ticket modérateur sont contrairement à la Métropole, des marginaux. On a vu combien leur consommation globale de soins-y compris l'hospitalisation-était importante, parfois même déraisonnable. A tel point que tout en étant convaincu du rôle important joué dans ces dépenses par le T.P., on ne peut négliger les données sanitaires et sociales des catégories concernées, car elles sont essentielles.

c) Critiques des conclusions de l'enquête

c1- Relative à l'excès de confiance à l'égard des premiers actes médicaux encore appelés "prévention par la dépense"

Il se dégage tout d'abord, de ce rapport une confiance quasi absolue à l'égard des "premiers actes médicaux" :

- consultation du médecin et délivrance des médicaments.- qui peut paraître excessive, en particulier à un familier du milieu médical ou pharmaceutique<sup>(1)</sup>.

Si les premiers actes médicaux sont souvent primordiaux et peuvent avoir valeur de prévention, notamment à l'égard de l'hospitalisation, c'est posséder un bel optimisme de croire que leur pratique, à outrance, est capable de faire baisser le taux de l'hospitalisation. L'exemple Réunionnais fixe les limites d'une telle profession de foi : ceux qui consomment le plus ces premiers actes médicaux sont aussi ceux qui consomment -et de loin- le plus de journées d'hospitalisation.

.../...

(1) Lire attentivement à ce sujet un ouvrage de pharmacologie, ou encore dans Grandeur et Tentations de la Médecine, de Jean BERNARD le passage relatif à certaines thérapeutiques.

c2. Relative aux modalités et à l'étendue de la  
couverture des soins -

Le rapport remet en cause les idées couramment admises à ce sujet .

S'agissant du tiers-payant, ses conclusions sont nuancées<sup>(1)</sup> mais elles ne vont pas à l'encontre des idées courantes. Ce résultat est dû au fait que la disparité des structures socio-professionnelles a moins joué ici : les mutualistes se retrouvant dans les deux-compartiments du sondage, bénéficiaires et non bénéficiaires du tiers-payant.

Concernant l'exonération du ticket modérateur, les conclusions sont par contre en opposition totale avec la pensée commune : "contrairement à ce qu'on pense généralement, les assurés qui bénéficient de la couverture complémentaire du ticket modérateur, les mutualistes, ne consomment pas plus, et même assez souvent, consomment moins de soins que les autres".

Le rapport devient moins catégorique dès qu'intervient l'enfant, c'est à dire l'élément social le plus fragile de la catégorie des mutualistes :

"Souvent plus chargé de famille, le mutualiste a une tendance, d'ailleurs parfaitement compréhensible (les enfants ont besoin de soins) à ainsi compenser en partie par la consommation familiale, sa moindre consommation individuelle".

Les enfants ont besoin de soins, c'est vrai, mais les vieillards également et les leurs sont en général plus onéreux.

Il a été retenu ici la notion d'âge pour les besoins de la démonstration. On peut regretter que cette notion, plus significative encore dans le cas des non mutualistes, ait été négligée pour ces derniers.

.../...

(1) Il y est dit notamment : "l'effet général du tiers-payant et notamment du tiers-payant pharmaceutique, sur la consommation globale des soins est moins établi qu'on ne l'admet généralement en ce qui concerne les assurés seuls. Par contre il est incontestable en ce qui concerne l'ensemble des ayants-droit..."

108

Finalement ce rapport retient que :

- les deux catégories consomment différemment.

Les mutualistes consomment plus de consultations médicales et de produits pharmaceutiques et moins d'hospitalisation.

Inversement, les non mutualistes consomment moins de premiers soins et plus d'hospitalisation.

- globalement ceux qui consomment le moins sont les mutualistes, c'est-à-dire ceux qui sont exonérés du ticket modérateur.

Ces résultats son surprenants<sup>(1)</sup> par ce qu'ils veulent démontrer ; mais, si l'on tient compte des individus formant les deux catégories, ils sont d'une grande logique et en accord parfait avec les idées reçues.

La consommation médicale en général, y compris les premiers actes médicaux, après avoir atteint un minimum durant la période adolescente et adulte, augmente singulièrement avec l'âge. Elle croît par ailleurs, dès que les conditions sanitaires sont déficientes.

Or d'une façon statistique l'on sait que les mutualistes sont jeunes et structurés sur le plan social. Ils jouissent par conséquent, d'un confort sanitaire raisonnable et leur état de santé est nettement supérieur à celui des non mutualistes, lesquels sont en majorité vieux ou immigrés ou marginaux.

Néanmoins, ce sont eux, les mutualistes, qui, paradoxalement, consomment le plus, en médicaments, en examens divers et en consultations médicales.

.../...

- (1) Ils sont d'autre part en contradiction formelle avec les conclusions du même rapport -page 335- où est finalement reconnu au ticket modérateur son rôle de frein :

"Les freins qui sont apportés au remboursement des soins, que ce soit par le biais du ticket modérateur ou par le tiers-payant, n'ont un effet sensible que sur les plus défavorisés.... Les autres recourent à une protection complémentaire -la mutualité- qui rend illusoire les mécanismes de freinage mis en place..."  
Forcément puisqu'il n'y a plus alors le frein ticket modérateur.

N'y a-t-il pas là, la démonstration la plus claire, selon laquelle, l'exonération du ticket modérateur constitue un moteur puissant de la consommation médicale ?

Sur le plan hospitalier les non mutualistes consomment davantage, c'est vrai ; mais n'est-ce pas normal ?

La pathologie de l'enfant est faite de rhinopharyngites et autres maladies infantiles. Par contre, celle des personnes âgées est plutôt constituée d'insuffisances respiratoires, de maladies cardiovasculaires etc... dans celle des travailleurs isolés, des immigrés, on trouve essentiellement les accidents du travail et les maladies professionnelles dont ils sont les principales victimes. Quand bien même les premiers soins médicaux auraient été administrés avec la même fréquence, la catégorie la plus souvent hospitalisée sera celle dont la pathologie est la plus grave, à savoir les non mutualistes.

Par ailleurs, s'agissant des maladies bénignes, les vieillards et les marginaux ont très certainement une tendance plus grande à être hospitalisés. Leur solitude faisant d'un alitement tout un problème, l'hospitalisation est pour eux le moyen de bénéficier correctement des premiers actes médicaux, indépendamment de l'exonération ou non du ticket modérateur.

Ce qui est discutable dans ce cas, c'est le fait que le prix de journée soit aussi important que pour une hospitalisation nécessitant des soins onéreux. Il devrait exister dans les hôpitaux un prix de journée réellement étudié pour de tels soins lequel, s'apparenterait davantage à un prix de journée d'un service de convalescence qu'à celui d'un service spécialisé.

En conséquence, en adoptant les critères choisis, il paraît tout à fait logique que les non mutualistes soient ceux qui consomment globalement le plus de soins, sans que cela enlève au ticket modérateur et à l'avance des frais leur rôle de frein dans les dépenses de santé.

.../...

## C O N C L U S I O N

Le système du T.P. S.S. tel qu'il existe à la REUNION doublé d'une exonération du ticket modérateur "est, c'est certain, très criticable, il est d'ailleurs fort critiqué..." comme le reconnaissaient les responsables de la Caisse Générale de Sécurité Sociale lors de la Commission du Tiers-Payant du 10 octobre 1972.

On trouve différentes causes à l'origine de ces critiques :

- soit d'ordre général, inhérentes à tout système pratiquant le tiers-payant et l'exonération du ticket modérateur : augmentation indiscutable des dépenses de santé -
- soit spécifique du système réunionnais -
- soit encore liées au contexte socio-économique de l'île.

Parmi les critiques s'adressant spécifiquement au système de la C. G. S. S., il faut mettre au premier plan son illégalité. Illégalité du tiers-payant médical, interdit par le Conseil d'Etat et illégalité -quant à la forme- du T.P. S.S. généralisé : les articles L 388 et L 389 du Code de la Sécurité Sociale découlant de l'ordonnance du 19 octobre 1945 avait depuis longtemps fixé le cadre du tiers-payant susceptible d'être appliqué aux assurés-assistés et exclu implicitement le système adopté.

Cette illégalité de la forme est à l'origine de la deuxième critique : le système contribue à augmenter considérablement les dépenses de santé du département. — Il semble avoir été étudié de telle façon qu'elles augmentent au maximum — sans que les soins dispensés atteignent un degré d'efficacité convenable. Le rapport efficacité  
coût  
des soins étant des plus faibles : les consommateurs de la plupart des

.../...

"premiers actes médicaux" et du plus grand nombre de journées d'hospitalisation sont les bénéficiaires d'un système de tiers-payant généralisé et de l'exonération du ticket modérateur par le biais de l'Aide Médicale.

On ne peut s'empêcher d'évoquer à ce sujet le fameux tonneau des Danaïdes : les mêmes soins sont, sans cesse, renouvelés aux mêmes personnes qui se retrouvent, sans cesse, hospitalisées... Même processus pour les parasitoses intestinales qui affectent la plupart des enfants d'origine modeste : à une période d'affection et de soins succède une période de rémission, plus ou moins réelle, laquelle est suivie d'une autre période d'affection et de soins... le péril fécal n'ayant pas été éliminé entre temps <sup>(1)</sup>.

Aussi, la critique la plus importante, parce que la plus lourde de conséquence, paraît finalement devoir être l'absence d'adaptation du Tiers-Payant Réunionnais (T.P. S.S. et A.M.G.) face aux réalités socio-économiques de l'île lesquelles, par leurs dimensions, permettent de mieux appréhender le rôle général des facteurs humains dans la consommation des soins. La condition sociale et économique de la plupart des bénéficiaires du T.P. S.S. et de l'A.M.G. est à l'origine de leurs conditions sanitaires insuffisantes, elles-mêmes, à l'origine de la plus grande partie des dépenses de soins et d'hospitalisation.

A bien des égards, la REUNION d'hier, surtout, mais celle d'Aujourd'hui, encore, paraît être un microcosme original pour l'étude et le développement des théories d'Ivan ILLICH, lequel essaie notamment de recenser les méfaits de la médecine sophistiquée du XXème siècle sur une société développée du même siècle.

On pourrait se poser la question de savoir quels sont les méfaits de cette médecine de l'an 2 000 distribuée gratuitement, donc consommée excessivement, sur une population, celle du T.P., vivant

.../...

(1) A ce propos il convient de signaler l'effort important entrepris par l'A.R.E.S.S. (Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale)- Voir page 184.

le plus souvent, tant sur le plan matériel que sur le plan sanitaire, dans des conditions, qui s'apparentent à celles du début de ce siècle. Il paraît probable qu'une surconsommation de produits pharmaceutiques par des individus souffrant de malnutrition doit déclencher toute une série de maladies iatrogènes ou d'effets secondaires qu'il serait intéressant de répertorier et d'étudier.

De même, ses théories sur le rôle primordial de la Prévention en matière de santé se trouvent vérifiées par l'absurde.

Il est évident que la médecine moderne dont on a fait la clef de voûte de la politique de santé est totalement incapable de venir à bout des maladies atteignant les bénéficiaires du tiers-payant.

Ce n'est pas tant d'anti-helminthiques ou d'anti-amibiens dont ceux-ci ont avant tout besoin que d'une protection et d'une éducation sanitaire ; ça n'est pas non plus d'abord d'antibiotiques ou d'antituberculeux mais plutôt d'une alimentation équilibrée et de locaux salubres lesquels leur permettraient d'avoir un organisme capable de résister aux infections courantes ; ce n'est pas davantage d'exams sophistiqués, notamment d'exams biologiques raffinés dont la consommation croît à une vitesse intolérable et dont on peut se demander, assez souvent, à quoi ils servent.

Les limites de la médecine moderne sont bel et bien apparentes dans ce département. Celle-ci ne saurait se substituer à un niveau sanitaire et social convenable. Et s'il est incontestable que des progrès très importants ont été réalisés depuis une vingtaine d'années sur le plan de la santé à la REUNION, il n'est pas certain que la plus grande part revienne aux soins généreusement dispensés par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale et de l'Aide Médicale. Il serait aisé de démontrer, au contraire, qu'elle incombe à la réelle action de prévention qu'est l'action sanitaire et sociale développée par les pouvoirs publics, laquelle a été, et est toujours, très importante. Du reste, si le niveau sanitaire et social est encore, pour la partie de la population liée au Tiers-Payant, largement

.../...

inférieur au niveau observé en Métropole, c'est que sa situation au départ était nettement inférieure (1).

Ce qui est criticable, c'est le système de soins instauré par le biais du T.P. -et du T.P.S.S. en particulier-.

Pour l'ensemble de la population il a largement permis l'accès aux soins les plus modernes mais, ce faisant, il a détourné une masse importante de crédits qui auraient été plus utiles dans une action de prévention destinée à élever le niveau de santé lui-même.

On pouvait imaginer dans les années 55-60, pour cette île alors en voie de développement, autre solution qu'un système de soins sophistiqué calqué sur celui d'une Métropole riche. Par exemple, une répartition différente des sommes disponibles, à la manière de ce qui a été réalisé dans le domaine des allocations familiales, eut permis de favoriser à long et moyen terme l'action préventive sanitaire et sociale au détriment, non pas de la qualité des soins, mais de leur surabondance, de leur gaspillage -car il existe- et de leur aspect trop raffiné.

Cela était possible, les textes officiels disposent que dans les départements d'Outre-Mer les soins peuvent être organisés différemment, notamment par la création, à l'initiative des mairies du département et de la Caisse Générale de Sécurité Sociale, de centres de diagnostic et de soins. Les économies réalisées auraient pu être investies dans la prévention.

Car en fait, le Tiers-Payant Réunionnais, tel qu'il est et tel qu'il a été organisé dans le détail, sert, avant tout, les intérêts des professions de santé.

oooooOooooo

(1) D'ailleurs pour apprécier le chemin accompli, il suffit d'établir une comparaison avec les îles voisines de MADAGASCAR et de MAURICE.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE I. — LES PARASITOIRES INTESTINALES A LA REUNION.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PARASITOIRES INTESTINALES A LA REUNION

ooooOoooo



## I N T R O D U C T I O N

On rencontre essentiellement dans le département des parasites intestinaux. Les quelques cas de parasitoses sanguines sont dues à divers Plasmodium, importés depuis MADAGASCAR et la côte Est Africaine à l'occasion de voyages ou d'immigrations.

Les vers de l'ordre des Nématodes représentant 80 % de l'ensemble des parasites. Les 20 % restant appartiennent au groupe des Protozoaires et plus précisément aux classes des Flagellés et des Rhizopodes.

### RAPPELS SUR LES DIVERS PARASITES PROLIFERANT DANS LE DEPARTEMENT

#### A - LES NEMATODES

##### a) Les Nématodes à contamination orale

##### 1 - Trichuris trichiura (Trichocéphale)

Le mâle mesure 3 à 4 cm, la femelle atteint 5 cm.

.../...

Le Trichocéphale se caractérise par une extrémité antérieure longue et filiforme et une extrémité postérieure renflée et courte.

Les oeufs possèdent la forme d'un citron. Très résistants, ils peuvent survivre plusieurs années dans le milieu extérieur permettant ainsi la conservation de l'espèce.

### Le cycle

Le développement du Trichocéphale est direct :

- en quelques semaines les oeufs évacués par les selles s'embryonnent dans la nature.
- ingérés à ce stade par le biais de légumes souillés ou d'eau polluée, ils libèrent des larves dans le tube digestif.
- celles-ci se développent et donnent des vers adultes qui à leur tour pondront...

## 2 - Ascaris lumbricoïdes (Ascaris)

Le mâle -15 cm x 4 mm- est caractérisé par son extrémité postérieure enroulée en crosse. La femelle est plus grande -20 à 25 cm- Les oeufs ont une membrane épaisse qui leur permet de résister et de garder leur potentialité plusieurs années après leur émission.

### Le cycle

- Comme dans le cas du Trichocéphale, les oeufs ne s'embryonnent que dans le milieu extérieur en 4 à 5 semaines.
- Alors ingérés, ils libèrent dans le tube digestif des larves qui effectuent un long périple dans le corps humain. Elles traversent le tube digestif et émigrent en 3 jours dans le foie et les poumons d'où elles se dirigent vers la trachée et le pharynx pour revenir <sup>en</sup> une huitaine de jours dans le tube digestif.
- Elles se transforment ensuite en vers adultes. Les femelles pondent dans l'intestin grêle quelques 200 000 oeufs par jour...

### 3 - Enterobius Vermicularis (Oxyures)

La femelle -12 mm- et le mâle -5 mm- vivent ensemble dans l'intestin grêle puis dans le gros intestin.

La ponte n'a pas lieu dans l'intestin mais au voisinage de l'anus.

Les oeufs, par conséquent, ne sont pas émis avec les selles, leur présence y est rare et leur découverte lors d'un examen parasitologique exceptionnelle (1).

#### Le cycle

- La femelle pond des oeufs déjà embryonnés.
- Il en résulte que dans l'oxyurose l'auto-infestation est possible, contrairement à la trichocéphalose et à l'ascaridose. Elle est d'ailleurs très fréquente chez les enfants du fait du prurit anal.
- Les oeufs introduits dans la bouche par un doigt sont déglutis.
- Dans l'estomac leur éclosion libère des larves.
- Celles-ci gagnent l'intestin et y deviennent adultes...

#### b) Les Nématodes à contamination cutanée

##### 1 - Strongyloïdes stercolaris (Anguillule)

Le ver parasite est la femelle parthénogénétique (2) qui vit enfouie dans la muqueuse duodénale. Elle pond des oeufs qui donnent dans l'intestin des larves rhabditoïdes -200 microns environ- rejetées dans le milieu extérieur avec les selles.

.../...

(1) La mise en évidence des oeufs est réalisée selon la méthode du scotch test, par application d'un ruban adhésif au voisinage de l'anus. Les oeufs demeurent collés sur celui-ci, il devient possible de les observer au microscope.

(2) Elles possèdent la possibilité de se reproduire sans avoir été fécondées.

## Les cycles d'évolution

Il existe pour ce ver trois possibilités d'évoluer.

### - Le cycle direct ou parthénogénétique

- Les larves rhabditoïdes subissent dans le milieu extérieur une mue ; elle deviennent des larves strongyloïdes infestantes capables de pénétration cutanée.

- Elles gagnent alors successivement le système circulatoire, les poumons, la trachée et l'intestin qu'elles atteignent en 15 jours.

### - Le cycle indirect ou hétérogonique

- Les larves dans le milieu extérieur deviennent des adultes mâles et femelles.

- Leurs oeufs donneront naissance à des larves rhabditoïdes qui, après avoir subi une mue, seront transformées en larves strongyloïdes infestantes etc...

### - Le cycle interne

- Les larves rhabditoïdes se changent dans l'intestin même en larves strongyloïdes infestantes provoquant ainsi une auto-infestation.

## 2 - Ancylostoma duodenale (Ankylostome)

Ce ver hématophage vit dans l'intestin grêle où il pond des oeufs qui sont expulsés avec les selles.

Ses oeufs ellipsoïdes et transparents contiennent 4 blastomères (1).

### Le cycle

Dans le milieu extérieur les oeufs libèrent des larves qui après plusieurs mues, deviennent en quelques jours infestantes.

.../...

(1) La variété *Necator americanus*, moins pathogène possède des oeufs à 8 blastomères.

- Ces larves strongyloïdes pénètrent par la peau, atteignent les vaisseaux, le coeur droit, les poumons, la trachée, l'oesophage, l'estomac et l'intestin où devenus adultes, elles pondent...

## B - LES PROTOZOAIRES

### a) Entamoeba histolytica (Amibe dysentérique)

La taille différencie le type minuta (12 à 15 microns) non pathogène, du type histolytica (20 à 40 microns) pathogène.

La transformation en Amibe hématophage est soumise à l'influence de divers facteurs.

La reproduction active a lieu par scissiparité.

Consécutivement à un traitement ou à la disparition des facteurs ayant favorisé sa formation, le type histolytica se transforme progressivement en Amibe de type minuta qui donnera naissance à un kyste à 4 noyaux.

La forme végétative est très fragile, au contraire le kyste est très résistant, il permet à l'espèce d'assurer sa conservation.

La différenciation entre *Entamoeba coli* et *histolytica* est fondée sur l'étude des kystes ; ceux de *E. coli* plus gros, possèdent 8 noyaux.

### b) Giardia intestinalis (Lamblia)

La forme végétative est un organisme flagellé piriforme qui se rencontre dans les selles diarrhéiques ; le parasite siège dans l'intestin grêle où il se reproduit par scissiparité.

La forme kystique ovoïde possède 2 à 4 noyaux et existe dans les selles normales.

L'infestation se fait donc par ingestion d'eau ou de légumes souillés par des kystes.

.../...

## EVALUATION DES PARASITOSEs INTEsTINALES

### 1 - BREF HISTORIQUE

Le parasitisme intestinal sévit à la REUNION sous la forme d'une véritable endémie. Dans certains milieux sa fréquence est telle que les victimes, souvent encore, considèrent ces maux comme une fatalité inhérente à leur personne.

Cette endémie dénoncée depuis longtemps par les médecins de l'île et la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale fut révélée dans son ampleur en 1957.

Une mission de l'O. M. S. mena une enquête statistique sur les habitants de la commune de SAINT-ANDRE. Elle conclut que la quasi-totalité des enfants d'âge scolaire souffrait de polyparasitisme intestinal.

En outre, elle préconisait dès cette époque<sup>(1)</sup> une lutte axée sur l'assainissement et l'éducation sanitaire de la population.

En août 1969 le professeur LARIVIERE, pour le compte du Ministère de la Santé Publique et de l'I N S E R M, vint en mission. Son but était d'évaluer l'ampleur de l'endémie et d'étudier les méthodes d'action sanitaire susceptibles de combattre efficacement le fléau. Les conclusions du professeur LARIVIERE établirent que le taux d'infection atteignait 95 % de la population le situant ainsi parmi les plus élevés du monde, et qu'il exigeait, pour régresser à moyen terme, un programme cohérent de mesures sanitaires spécifiques. Le rapport précisait que "l'assainissement et l'hygiène du milieu appuyés sur l'éducation sanitaire de la population sont les seules actions logiques rentables dans la perspective d'une éradication à long terme".

La campagne d'assainissement ainsi préconisée a suscité la création de l'Association Réunionnaise d'Education Sanitaire et Sociale (A. R. E. S. S.) et du Laboratoire Départemental d'Hygiène et du S.I.L. lequel est chargé de procéder depuis 1972 à des enquêtes approfondies permettant de mesurer les progrès réalisés grâce à l'action de l' A. R. E. S. S.

.../...

(1) c'est également l'année où fut mis sur pied le T.P. S.S.

Ainsi en 1973 le Docteur H. PICOT, alors directeur dudit laboratoire, en collaboration avec l'A. R. E. S. S., a évalué d'une façon scientifique l'endémie parasitaire dans 10 zones d'observation bien délimitées, choisies de telle manière que soient représentées équitablement les diverses zones géographiques et climatiques de l'île où existe une grande variété de microclimats mais aussi les nombreuses ethnies et couches sociales qui cohabitent dans le département. Dans ces zones d'observation, l'enquête a été conduite d'une façon exhaustive elle a porté sur 2 547 personnes. Ses conclusions furent assez proches de celles formulées par le professeur LARIVIERE.

## 2 - LA METHODE EMPLOYEE

L'approche du problème telle qu'elle fut envisagée ici est tout à fait différente. Les moyens mis en oeuvre sont purement statistiques et la population répertoriée n'est pas théoriquement représentative de l'ensemble de la population Réunionnaise.

En effet, ce travail est fondé sur les résultats d'examens de parasitologie effectués par les laboratoires d'analyses médicales privés du département répartis, il est vrai, assez équitablement sur les différentes régions de l'île.

Ces examens furent prescrits aux assurés sociaux bénéficiaires du T.P. S.S. lors de diverses consultations par l'ensemble des médecins

En conséquence, les résultats ainsi obtenus ne prétendent pas être le reflet absolu de l'endémie qui sévit sur l'ensemble de la population Réunionnaise puisqu'ils ne furent pas obtenus à partir d'un échantillon représentatif de celle-ci. Ils permettent seulement de connaître le problème sous un nouvel aspect qui n'est pas sans intérêt du double point de vue scientifique et technique et qui en outre, illustre assez bien la conclusion sur le T.P. S.S. (1).

(1) Voir page 160 et suivantes.

En toute rigueur, l'échantillon -exhaustif- issu des bénéficiaires du T.P. S.S. qui ont souffert pendant une période déterminée de divers troubles et en particulier de troubles intestinaux <sup>(1)</sup> n'est représentatif que de cette fraction.

Cependant, nous avons constaté <sup>(2)</sup> d'une part que les bénéficiaires de l'A. M. G. et du T.P. S. S. sont des catégories sociales très proches, en particulier sur les divers plans de l'habitat, des coutumes et des parasitoses, d'autre part que ces deux catégories représentent 59 % de la population et consomment 79 % des consultations médicales et des actes de laboratoires. On peut donc à partir de ces faits conclure que ces individus consultent régulièrement le médecin.

Aussi n'est-il pas aberrant, mais au contraire légitime d'extrapoler les résultats mentionnés ci-dessous à l'ensemble des bénéficiaires des deux catégories T.P. S.S. et A.M.G.

L'enquête statistique a été effectuée sur deux périodes de 4 mois séparées par un intervalle de un an, la première de janvier à avril 1975, la deuxième de mai à août 1976. Elle a consisté dans un premier temps à collecter l'ensemble des comptes-rendus d'analyse, soit au total 2 391 parasitologies des selles et dans un deuxième temps à réunir les diverses informations livrées par chaque compte-rendu dans les tableaux ci-inclus.

Il convient d'admettre que cette façon de procéder n'est pas parfaite sur le plan scientifique.

En effet, la richesse des informations fournies par les comptes-rendus varient souvent entre les différents laboratoires d'une même ville -il en existe en général 2 dans chacune- les résultats ne sont pas toujours concordant bien que la clientèle soit homogène sur le plan social.

Il est légitime de se demander si tous les examens ont été effectués avec le même soin et par conséquent si les différents échantillons possèdent la même valeur.

Par contre, sur le plan technique, cette statistique peut mettre en évidence une vérité, à savoir le bien fondé, la nécessité même, d'établir un contrôle de qualité auprès des laboratoires d'analyses médicales.

.../...

(1) Un examen parasitologique des selles leur a été prescrit.

(2) Voir page 82 et suivantes

LA REUNION





|                                          | Personnes<br>examinées | Cas<br>positifs | Trichocéphales | Ascaris | Oxyure | Anguillules | Ankylostomes | Amibe<br>Dysentérique | Amibe<br>Coli | Amibiella |
|------------------------------------------|------------------------|-----------------|----------------|---------|--------|-------------|--------------|-----------------------|---------------|-----------|
| ST-<br>DEXIS                             |                        |                 |                |         |        |             |              |                       |               |           |
| LAM-A                                    | 243                    | 151             | 61             | 110     | 26     | 1           | 25           | 13                    | 25            | 13        |
| LAM-B                                    | 306                    | 177             | 45             | 106     | 11,5   | 0,5         | 11           | 6                     | 11            | 6         |
| LAM-A                                    | 118                    | 55              | 47             | 36      | 18     | 0           | 2            | 6                     | 6             | 14        |
| LAM-B                                    | 134                    | 91              | 69             | 44      | 22     | 2           | 0            | 7,5                   | 7,5           | 17        |
| LAM-A                                    | 116                    | 38              | 76             | 65      | 25     | 3           | 58           | 23                    | 0             | 24        |
| LAM-B                                    | 66                     | 22              | 30             | 11      | 4      | 0           | 0            | 0                     | 0             | 0         |
| LAM-A                                    | 209                    | 204             | 98             | 194     | 61     | 0           | 15           | 15,5                  | 0             | 6,5       |
| LAM-B                                    | 124                    | 92              | 74             | 52      | 16     | 0           | 6            | 3                     | 0             | 9         |
| ST-<br>DENOIT                            | 102                    | 60              | 59             | 50      | 19     | 0           | 4            | 0                     | 0             | 2         |
| TOTAL.....                               | 1 508                  | 932             | 620            | 600     | 306    | 5           | 68           | 26                    | 46            | 140       |
| nombre de pa-<br>santes pour<br>10 cas + | 154                    | 73              | 33             | 1       | 9      | 10          | 5            | 15                    |               |           |

| Personnes     |          | Cas     |     | Frichocée-<br>phales |     | Ascaris |   | Anguil-<br>lule |    | Ankylos-<br>tomes |    | Amibe<br>Dysenté-<br>rique |  | Amibe<br>Coli |  | Lamb |  |
|---------------|----------|---------|-----|----------------------|-----|---------|---|-----------------|----|-------------------|----|----------------------------|--|---------------|--|------|--|
| LABO          | examines | positif |     |                      |     |         |   |                 |    |                   |    |                            |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-A    | 253     | 180 | 71                   | 150 | 36      | 2 | 11              | 4  | 14                | 21 | 23                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-B    | 298     | 154 | 51                   | 90  | 43      | 1 | 1               | 2  | 24                | 0  | 24                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-A    | 33      | 37  | 45                   | 39  | 3       | 0 | 0               | 0  | 4                 | 3  | 5                          |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-B    | 191     | 145 | 76                   | 83  | 91      | 1 | 5               | 0  | 8                 | 0  | 10                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-A    | 102     | 64  | 63                   | 31  | 19      | 0 | 6               | 0  | 0                 | 0  | 25                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-B    | 94      | 36  | 38                   | 26  | 8       | 0 | 3               | 1  | 0                 | 0  | 16                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-A    | 201     | 136 | 92                   | 136 | 76      | 1 | 3               | 24 | 43                | 5  | 50                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-B    | 90      | 34  | 90                   | 56  | 47      | 0 | 0               | 0  | 0                 | 0  | 11                         |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-A    | 71      | 31  | 42                   | 10  | 12      | 0 | 5               | 2  | 2                 | 0  | 5                          |  |               |  |      |  |
| ST-           | LAM-B    | 1383    | 917 | 65                   | 630 | 342     | 5 | 13              | 33 | 50                | 26 | 180                        |  |               |  |      |  |
| Libre de pour |          |         |     |                      |     |         |   |                 |    |                   |    |                            |  |               |  |      |  |
| Cas pour      |          |         | 143 |                      | 69  | 37      | 1 | 5               | 4  | 10                | 3  | 20                         |  |               |  |      |  |

| VILLES       | LABO   | PARASITISME |               | PARASITISME DOUBLE  |                     | PARASITISME TRIPLE et QUADRUPLÉ |                     | Nombre de parasites |                     | Nombre de parasites |                     | Moyen de Parasites pour 100 cas |
|--------------|--------|-------------|---------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------------------|
|              |        | UNIQUE      | Nombre de cas | Nombre de parasites | Nombre de parasites | Nombre de cas                   | Nombre de parasites | Nombre de cas       | Nombre de parasites | Nombre de parasites | Nombre de parasites |                                 |
| SAINT-DENIS  | LAM-A- | 93          | 46            | 92                  | 12                  | 39                              | 224                 |                     |                     |                     |                     | 148                             |
|              | LAM-B- | 120         | 50            | 100                 | 6                   | 21                              | 241                 |                     |                     |                     |                     | 136                             |
| SAINT-PAUL   | LAM-A- | 30          | 23            | 46                  | 2                   | 6                               | 82                  |                     |                     |                     |                     | 149                             |
|              | LAM-B- | 58          | 23            | 46                  | 11                  | 34                              | 138                 |                     |                     |                     |                     | 150                             |
| SAINT-PIERRE | LAM-A- | 53          | 26            | 52                  | 9                   | 27                              | 132                 |                     |                     |                     |                     | 150                             |
|              | LAM-B- | 16          | 3             | 6                   | 1                   | 3                               | 25                  |                     |                     |                     |                     | 125                             |
| SAINT-JOSEPH | LAM-A- | 76          | 92            | 184                 | 36                  | 115                             | 375                 |                     |                     |                     |                     | 184                             |
|              | LAM-B- | 49          | 36            | 72                  | 7                   | 24                              | 145                 |                     |                     |                     |                     | 158                             |
| SAINT-BENOIT |        | 45          | 15            | 3                   | 0                   | 0                               | 75                  |                     |                     |                     |                     | 125                             |
|              |        |             |               |                     |                     |                                 |                     |                     |                     |                     |                     |                                 |
| TOTAL.....   |        | 540         | 314           | 628                 | 84                  | 269                             | 1 437               |                     |                     |                     |                     | 154                             |
| %            |        | 37 %        |               | 44 %                |                     | 19 %                            | 100 %               |                     |                     |                     |                     |                                 |



### 3 - FREQUENCE ET STRUCTURE DES PARASITOSIS

L'idée d'établir deux statistiques bien distinctes décalées de 16 mois l'une portant sur Janvier-Février-Mars-Avril 1975, l'autre sur Mai-Juin-Juillet-Août 1976 avait pour but de déceler d'éventuels changements dans l'importance de l'endémie parasitaire liés tout d'abord au facteur temps, c'est-à-dire à l'action menée contre l'endémie par l'A. R. E. S. S. et ensuite au facteur saison J.F.M.A.<sup>(1)</sup> étant des mois de l'été austral, M.J.J.A.<sup>(2)</sup> des mois de l'hiver austral moins chauds et surtout moins humides.

Il faut bien reconnaître que cet intervalle de temps est trop court pour que des modifications significatives interviennent. Toutefois on note des variations d'une période à l'autre qu'il est intéressant d'étudier.

Il existe une légère recrudescence des cas de parasitismes entre 1975 et 1976 ; les examens de selles positifs passent de 62 % à 66 %. Mais, s'agit-il réellement d'une recrudescence ?

La variation n'est peut être que saisonnière ou plus simplement encore non significative...

D'ailleurs, cette argumentation ne concerne que deux parasites :

- *Ascaris lumbricoïdes* que l'on trouve 37 fois pour 100 examens positifs contre 33 fois en 1975.

- *Giardia intestinalis* décompté sur 100 individus parasités 20 fois en 1976 au lieu de 15 fois en 1975.

Le nombre de certains se maintient, tel est le cas de *Enterobius Vermicularis*, d'*Entamoeba histolytica* et *Coli*.

D'autres au contraire régressent, ainsi pour 100 selles positives *Trichuris trichiura* passe de 73 à 69, *Strongyloïdes stercoraria* de 7 à 5, *Ancylostoma duodenale* de 9 à 4.

Le nombre de parasites trouvés sur 100 selles positives paraît être plus significatif de l'endémie que le nombre de selles parasitées lui-même. Ainsi, en 1975, on en trouve 154, en 1976 il n'y a eu plus que 143. Autrement dit, le polyparasitisme a diminué entre les deux périodes.

.../...

(1) Lire janvier, février, mars et avril

(2) Lire mai, juin, juillet et août

C'est bien ce que révèle la comparaison des tableaux C et D : les cas de parasitisme triple et quadruple ont régressé de 19 % à 15 %, le parasitisme double de 44 % à 41 % ; tandis que dans le même temps le parasitisme unique s'élevait de 37 % à 44 %.

Ce changement dans la structure des parasitoses s'avère très important. A ce glissement vers le monoparasitisme doit correspondre une diminution sensible de la gravité des tableaux cliniques. Dans les divers cas de polyparasitisme les effets néfastes des différents parasites non seulement s'ajoutent mais encore se potentialisent.

De 1975 à 1976 on relève également une diminution notable du nombre des Anguillules et des Ankylostomes laquelle se trouve en fait à l'origine de la diminution du polyparasitisme. Le moindre nombre des nématodes à voie de pénétration cutanée est dû soit au facteur climatique, - la statistique de 1976 porte sur l'hiver austral moins chaud, moins humide avec parfois des périodes de sécheresse - soit au contraire, à l'élimination du péril fécal liée à la pose gratuite des latrines par l'A. R. E. S. S.

En réalité, il est probable que les deux facteurs interviennent et se superposent.

#### 4 - INFLUENCE DE LA SITUATION GEOGRAPHIQUE DU LABORATOIRE SUR LA FREQUENCE DES PARASITOISES DIAGNOSTIQUEES

Les laboratoires qui enregistrent le plus grand nombre d'examen positifs sont en règle générale situés à proximité des régions pluvieuses dites "au vent".

Ainsi à SAINT-JOSEPH 90 % à 95 % des selles examinées sont parasitées.

Les régions "sous le vent" le sont moins : 53 % des selles à SAINT-PIERRE, 63 % à SAINT-PAUL et 53 % à SAINT-DENIS où intervient

.../...

en outre un taux d'urbanisation supérieur.

De plus, les régions "au vent" abritent la plupart des cas de polyparasitisme. En M.J.J.A. 1976 les seuls laboratoires de SAINT-JOSEPH ont recensé 41 % des cas de polyparasitisme du département :

- près de 100 % des parasitismes quadruple,
- 53 % des parasitismes triple,
- 38 % des parasitismes double.

S'agissant de la répartition des nématodoses en 1976, la trichocéphalose avec 47 % des parasitoses, l'ascaridose avec 25 %, l'oxyurose avec 0,5 %, l'anguillulose avec 3 % sont à peu près uniformément distribuées.

Par contre, l'ankylostomose avec 2,5 % des parasitoses n'a pas été diagnostiquée par les laboratoires couvrant les régions de SAINT-PAUL et de SAINT-PIERRE, c'est-à-dire les régions sèches.

De même au sujet de la répartition des protozooses : les amibiases sont pratiquement absentes des zones sous le vent de SAINT-PIERRE et de SAINT-PAUL ; la giardiose est très importante à SAINT-PIERRE - 30 % des parasitoses trouvées - alors qu'elle est partout ailleurs uniformément répandue au taux voisin de 10 %.

##### 5 - INFLUENCE DU LABORATOIRE SUR LES RESULTATS

Pour une même localité, donc une population cohérente sur le plan de l'habitat, du climat et pour une même méthode des procédures, les résultats entre deux laboratoires d'une même ville ne sont pas toujours cohérents.

Ainsi sur le plan qualitatif, *Entamoeba Coli* n'est manifestement recherchée que par deux laboratoires sur les 9 figurant dans la statistique. Pour les autres, cette amibe est classée systématiquement *Entamoeba histolytica* ou encore Amibe dysentérique.

.../...

De même, certains résultats donnent l'impression qu'ils se cantonnent dans la recherche des parasites les plus nombreux : Trichocéphales, Ascaris et Lamblia en négligeant ceux qui, moins souvent présents, sont tout de même les plus dangereux : Anguillule, Ankylostomes et Amibes dysentérique. Cette remarque est confirmée sur le plan quantitatif où le nombre de parasites trouvés par selles positives peut varier considérablement entre deux laboratoires situés dans une même ville.

Ainsi en 1976 à SAINT-JOSEPH pour 100 examens positifs :

- Le L. A. M. <sup>(1)</sup> -A- trouve 132 parasites
- tandis que L.A.M. <sup>(1)</sup> -B- n'en décompte que 156.

- Le L.A.M. -A- a diagnostiqué 106 cas de polyparasitisme -76 double et 30 triple- tandis que le L.A.M -B- découvrirait seulement 30 cas de polyparasitisme double.

Ces différences se retrouvent ailleurs : 126 parasites par 100 cas positifs dans le laboratoire A de SAINT-PIERRE contre 150 dans le laboratoire B.

De tels écarts s'expliquent en partie par les habitudes des prescripteurs qui sont en général fidèles à un laboratoire. Si un médecin exerçant dans une zone fortement parasitée oriente ses clients sur un laboratoire donné, cette pratique peut modifier la statistique.

Néanmoins, il ne fait aucun doute qu'un contrôle de qualité amoindrirait les écarts existant.

## 6 - LES ASSOCIATIONS PARASITAIRES

Les associations de 2 parasites sont par ordre de fréquence décroissante :

- Trichocéphale-Ascaris..... 51
- Trichocéphale-Lamblia..... 15
- Trichocéphale-Amibes..... 13
- Trichocéphale-Anguillule..... 4
- Trichocéphale-Ankylostome..... 2,5

.../...

(1) L.A.M = Laboratoire d'analyses médicales

On trouve également quelques associations Amibes-Lamblia et Anguillules-Lamblia.

Dans les principaux cas de tri-parasitisme figure encore le Trichocéphale :

- Trichocéphale-Ascaris-Amibes
- Trichocéphale-Ascaris-Lamblia
- Trichocéphale-Ascaris-Anguillule.

## 7 - INFLUENCE DE L'ÂGE SUR LES PARASITOSSES

Les résultats avaient été classés en trois groupes correspondant à des âges s'échelonnant de 0 à 2 ans, de 2 à 15 ans et au-delà de 15 ans afin de mettre en évidence une éventuelle influence de l'âge sur la tendance à être parasité.

Les demandes d'examens pour la catégorie de 0 à 2 ans sont moins nombreuses, les résultats positifs également.

Si le polyparasitisme est rare pour cette catégorie d'âge, le monoparasitisme existe déjà bien souvent. On note surtout la présence de Trichocéphale, d'Ascaris et de Lamblia mais également de différentes Amibes.

Le fait surprenant est que les adultes ne s'avèrent pas moins parasités que les enfants, au contraire dans certains cas - Anguillules et Ankylostomes - ils le sont bien davantage. En effet, pour des raisons professionnelles il arrive souvent qu'ils se retrouvent au contact de la terre fécalisée tel est en particulier le cas des "planteurs".

## 8 - COMPARAISON AVEC LES CHIFFRES OBTENUS LORS D'ENQUÊTES ANTERIEURES

L'enquête du Professeur LARIVIERRE en 1969, celle du Laboratoire Départemental d'Hygiène et du Milieu en 1972, donnent des fréquences de parasitisme bien plus importantes que celles que nous

avons établies. Le professeur LARIVIERE estimait que 95 % de la population totale de l'île était parasitée. Le Docteur PICOT faisait état d'un pourcentage à peu près identique sur les 10 zones bien délimitées de son expérience puisque sur 2 547 personnes examinées il recensait 83,6 % de Trichocéphales, 48 % d'Ascaris, 28,7 % d'Ankylostomes, 24,9 % d'Anguillules, 21,6 % d'Entamoeba Coli, 2 % d'Entamoeba histolytica et 20,8 % de Giardia.

Les résultats de l'enquête menée en 1975 par le Laboratoire Départemental d'Hygiène et du Milieu dans ces mêmes zones n'ont pas, à ce jour, été publiés ; il est probable que les chiffres de 1972 sont, grâce aux efforts de l'A. R. E. S. S., abaissés.

Quoiqu'il en soit, les diverses méthodes -et par conséquent les résultats- ne sont pas superposables, chacune donne une image de l'état parasitaire d'une certaine partie de la population Réunionnaise qui n'est pas forcément la même.

Avec 66 % des examens de selles positifs nous sommes très loin des 95 %. D'autant plus loin que notre pourcentage s'applique à des personnes qui présentaient lors de leur consultation des symptômes de parasitisme. Néanmoins, notre échantillon reste représentatif de la population Réunionnaise puisque les habitants des villes, de plus en plus nombreux <sup>(1)</sup> comme ceux des campagnes y sont inclus.

De même, les fréquences selon lesquelles les divers parasites furent diagnostiqués sont dissemblables de celles établies par les enquêtes antérieures. Ainsi concernant le Trichocéphale et l'Ascaris, nos pourcentages sont à diviser par deux par rapport à ceux des enquêtes précédentes. Pour les nématodes à contamination cutanée, les chiffres de 7 % en 1969 et 24,9 % en 1972 relatifs à l'Anguillule, de 23 % en 1969 et 28,7 % en 1972 pour l'Ankylostome paraissent excessifs appliqués à l'ensemble de la population Réunionnaise. En tout cas, ils ne sont pas en relation avec les 3 et 4 % que nous avons trouvés.

.../...

(1) SAINT-DENIS compte 100 000 habitants soit le 1/5 de la population.

S'agissant des Amibes, l'enquête du professeur LARIVIER aboutissait à un taux de 5 % pour *Entamoeba histolytica*, 16 % pour *Entamoeba Coli* et 8 % pour *Endolimax nana*, tout en émettant une réserve sur le pourcentage réel de *Entamoeba histolytica*. Le travail réalisé par le Laboratoire Départemental en 1972 a permis de préciser la réalité du problème en employant des méthodes de recherche plus élaborées : dans les 13 zones étudiées, le taux d'*Entamoeba histolytica* atteignait seulement 2 %, celui de *Entamoeba Coli* 21,6 % et celui d'*Endolimax nana* 11,1 %. Sur ce point notre statistique nous donne 6,5 % d'Amibes dysentériques et 2 % d'Amibes Coli. Mais nous avons vu plus loin les réserves émises sur la détermination exacte des différents Rhizopodes.

L'ensemble des chiffres que nous obtenons se situe donc un niveau moins impressionnant que ceux fournis par ailleurs.

En fait, la première enquête a été pratiquée sur plusieurs zones réputées riches en parasites. Elle a servi de révélateur et sensibilisé l'opinion publique sur le problème afin que puissent être organisés, très rapidement, les moyens de lutte.

L'enquête de 1972 se proposait d'étudier la fréquence de parasitoses dans des zones précises et de suivre leur évolution, c'est-à-dire de mesurer l'efficacité de l'action menée par l'A. B. S. S.

Nos chiffres sont finalement importants : 60 % à 66 % des examens positifs.

Fort heureusement, les parasitoses les plus graves amibiase anguillulose, ankylostomose, d'une part, sont les moins nombreuses -entre 7 et 10 %- et d'autre part régressent le plus vite.

Il s'agit là de l'aspect réconfortant du problème et sans nul doute, le fruit des efforts menés par l'A. B. S. S. S.

.../...

## C O N C L U S I O N

### - L'ACTION MISEE PAR L' A. R. E. S. S.

L'Association Réunionnaise de l'Education Sanitaire et Sociale est née de l'initiative du professeur LARIVIERE. Elle fonctionne grâce à l'aide financière de l'Etat, du Département et, à un degré moindre, de la C. G. S. S. Son action est parfaitement adaptée aux problèmes Réunionnais.

Elle s'est efforcée de mettre en oeuvre un programme d'action sanitaire à moyen terme. La pose, dès 1971, de latrines gratuites au rythme de 4 000 par an environ a été le premier volet de son action. Quelques 20 000 latrines <sup>(1)</sup> furent ainsi posées dans le département afin d'éliminer le péril fécal. Actuellement le programme s'achève, il reste environ 5 000 latrines susceptibles d'être placées.

Les bénéficiaires reçoivent auparavant une éducation sanitaire destinée notamment à leur faire prendre conscience de l'utilité des W.C. mis à leur disposition. En outre, afin d'obtenir quelques garanties sur le bon usage qu'il sera fait de l'investissement consenti, les intéressés apportent en quelque sorte leur contribution en creusant la fosse et construisant l'habitable. D'une façon générale la pose des latrines ne constitue pas un acte isolé, elle s'intègre dans un support éducatif efficace.

L' A. R. E. S. S. s'est également attaquée au deuxième problème créé par l'endémie parasitaire, celui de l'eau potable.

L'habitat Réunionnais étant très dispersé, nombreuses sont les "cases" dépourvues d'eau courante ; un bidon d'eau croupissante assure le plus souvent la réserve familiale.

L' A. R. E. S. S. participe activement à l'installation d'eau potable dans tout le département par le financement de l'adduction depuis la route jusqu'à la "case".

.../...

(1) Le prix de revient de 1 latrine = 1 700 F.

Ce deuxième volet de la lutte contre les parasitoses est en outre très efficace sur le plan sanitaire et social :

- il contribue à abaisser l'absentéisme scolaire car les enfants sont souvent chargés de la corvée d'eau,

- il fournit une alimentation plus équilibrée, et accessoirement un apport de revenus par la création d'un potager,

- il favorise les ablutions corporelles et le lavage du linge.

Parallèlement à ces deux grandes offensives, l' A. R. E. S. S. en a mené d'autres plus ponctuelles et moins onéreuses mais d'une efficacité certaine : il en est ainsi de la distribution de récipients javelliseurs et de bidons servant à brûler les ordures (de nombreuses plaies et autres contaminations sont ainsi évitées).

Pour le futur, les projets ne manquent pas, celui relatif au développement de l'habitat social <sup>(1)</sup> est particulièrement intéressant. Il constituerait le troisième volet de la lutte contre les parasitoses tout en ayant une portée plus générale.

En fait l' A. R. E. S. S. nous paraît représenter ce qu'il y a de mieux adapté aux problèmes de santé Réunionnais et par conséquent de plus efficace pour les résoudre.

On ne peut que regretter son action tardive : le T.P. S.S. date de 1957, la première pose de latrine de 1971.

Pour l'avenir, non seulement l'éradication des parasitoses mais encore l'élévation du niveau de santé de la population Réunionnaise passe par elle. Le Conseil d'Administration de la C. G. S. S. qui s'apprête à consentir un effort financier important en faveur de l'habitat social semble l'avoir compris.

ooooOoooo

(1) La C.G.S.S. y apporterait une contribution financière importante.

On trouve également quelques associations Amibes-Lamblia et Anguillules-Lamblia.

Dans les principaux cas de tri-parasitisme figure encore le Trichocéphale :

- Trichocéphale-Ascaris-Amibes
- Trichocéphale-Ascaris-Lamblia
- Trichocéphale-Ascaris-Anguillule.

## 7 - INFLUENCE DE L'AGE SUR LES PARASITOSE

Les résultats avaient été classés en trois groupes correspondant à des âges s'échelonnant de 0 à 2 ans, de 2 à 15 ans et au-delà de 15 ans afin de mettre en évidence une éventuelle influence de l'âge sur la tendance à être parasité.

Les demandes d'examens pour la catégorie de 0 à 2 ans sont moins nombreuses, les résultats positifs également.

Si le polyparasitisme est rare pour cette catégorie d'âge, le monoparasitisme existe déjà bien souvent. On note surtout la présence de Trichocéphale, d'Ascaris et de Lamblia mais également des différentes Amibes.

Le fait surprenant est que les adultes ne s'avèrent pas moins parasités que les enfants, au contraire dans certains cas - Anguillules et Ankylostomes - ils le sont bien davantage. En effet, pour des raisons professionnelles il arrive souvent qu'ils se retrouvent au contact de la terre fécalisée tel est en particulier le cas des "planteurs".

## 8 - COMPARAISON AVEC LES CHIFFRES OBTENUS LOES D'ENQUETES ANTERIEURES

L'enquête du Professeur LARIVIERE en 1969, celle du Laboratoire Départemental d'Hygiène et du Milieu en 1972, donnent des fréquences de parasitisme bien plus importantes que celles que nous

C O N C L U S I O N

oooo0oooo



## C O N C L U S I O N

### A - Synthèse

Cette étude sur la couverture médico-sociale dans le département de la REUNION a porté plus précisément sur le rôle joué par la S.S au niveau de la couverture proprement dite et par voie de conséquence sur celui de la distribution des soins.

Au terme de ce travail, l'originalité conférée au système par les particularités existantes paraît de prime abord remarquable ; au contraire, son manque de personnalité réelle, au regard du monde social et économique pour lequel il fût aménagé, s'impose en deuxième analyse.

La création des C. G. S. S. aux attributions multiples constitue une simplification administrative appréciable. Ainsi, les divers passages entre régime agricole et régime général s'en trouvent facilités, l'ouverture et l'extinction plus souple des droits permet aux assurés privés périodiquement d'emploi de conserver le bénéfice des prestations.

Cependant, ces particularités pour importantes qu'elles soient n'assurent pas au système une personnalité adaptée à celle des D. O. M.

Dans le domaine des prestations second degré (vieillesse, invalidité et accident du travail) les particularités élaborées apparaissent dérisoires au regard de la frontière étanche qui s'est instituée entre la législation du travail pour laquelle la situation de l'emploi dans ces départements est prise en compte et la législation

.../...

sociale<sup>(1)</sup> qui transpose Outre-Mer les normes métropolitaines. Cette incohérence suscite diverses situations -parfois aberrantes- et incite les travailleurs à rechercher toute forme d'assistance .

En matière d'A.F on retrouve le même type de particularités ponctuelles relatives à certaines prestations et à l'ouverture des droits. Mais de toute évidence, le législateur a voulu doter ce domaine d'une véritable spécificité : la création du F.A.S.O constitue un effort incontestable et une réussite certaine pour adapter une législation à un contexte qui lui était initialement étranger.

Ce n'est pas le fait du hasard si les premiers systèmes de S.S. modernes ont vu le jour dans les pays fortement industrialisés -ALLEMAGNE, ANGLETERRE- cette forme de couverture sociale suppose en effet que les salariés possèdent un emploi relativement stable, un niveau de vie suffisamment élevé et qu'ils soient en outre structurés sur le plan professionnel.

Dans un pays en voie de développement où n'existe pratiquement que le secteur primaire, la seule couverture sociale envisageable est celle de l'assistance.

Telle était la situation de la REUNION dans les années 50, et à de nombreux égards, tel est son cas aujourd'hui encore.

Aussi n'est-il pas étonnant d'assister entre 1955 et 1957 à la naissance illégale du T. P. S. S.

Ce système que l'on peut aisément classer sous le vocable de particularisme Réunionnais, est issu du manque d'adéquation qui existait entre la législation de S.S, copie pratiquement conforme de son homologue métropolitain, et les réalités de la vie Outre-Mer.

.../...

(1) Les législations sociale et du travail dépendant la plupart du temps, et le plus naturellement d'ailleurs, d'un même ministère, on peut se demander comment une telle anomalie a pu en fait être organisée.

La création du T.P.S.S était analysée par les responsables locaux, notamment le conseil d'administration de la C.G.S.S. comme un effort nécessaire d'adaptation du système de S.S. aux conditions et habitudes de vie dans le département. Il réalisait effectivement une transition entre les divers modes d'assistance et d'assurances sociales classiques.

Mais pour autant, ce particularisme était-il justifié ?

- Sur le plan de la légalité, la question ne se pose même pas puisque la loi l'avait implicitement rejeté. S'agissant des assurés-assistés la liaison Aide-Sociale-C.G.S.S. telle qu'elle était précisée par l'article L 389 du Code de la S.S. n'est pas respectée. Il a été instauré au contraire, un système moins rationnel qui sur le plan administratif alourdit et rend dérisoire tout contrôle.

En ce qui concerne les assurés que l'on a intégrés au T.P.S.S mais qui ne sont pas réellement des assistés, s'ajoute pour eux l'illégalité du tiers-payant médical décrétée par le Conseil d'Etat.

- Sur le plan économique, il n'y a pas davantage de justification possible. Le mode de liaison choisie augmente considérablement les dépenses de la S.S et de l'Aide Médicale.

Les assurés-assistés sont considérés comme des assurés ordinaires ; leurs soins échappent aux tarifs consentis aux assistés alors que la liaison légale impliquait le contraire.

En outre, le T.P.S.S. est essentiellement un système onéreux. La disparition des deux freins classiques, avance des frais et ticket modérateur accroît considérablement les dépenses de santé au niveau des premiers soins sans pour autant freiner celles de l'hospitalisation. Du reste, on oublie parfois que dans ce domaine également les dépenses excessives ont souvent pour origine l'existence - légale dans ce cas -

tiers-payant et de l'exonération du ticket modérateur, lesquels permettent à certains hôpitaux de remplir leurs lits plus aisément.

- Sur le plan moral, il convient également de le souligner, le système n'est pas idéal. Il favorise les abus et fraudes de diverses origines.

- Sur le plan de l'efficience des soins, il est navrant d'aboutir au même constat d'échec.

Le T.P.S.S. n'améliore pas le niveau de santé de ses bénéficiaires qui consomment en moyenne 2 à 3 fois plus de soins et d'hospitalisation que les autres catégories sociales.

Les divers soins sont inlassablement administrés aux mêmes personnes sans que des résultats tangibles soient enregistrés.

En fait, il vient se greffer à ce niveau un facteur extérieur au système lui-même, en l'occurrence les réalités socio-économiques de l'île, celles là même qui avaient très certainement suscité la création du T.P.S.S.

Tant le niveau social que le niveau sanitaire constituaient, et constituent encore, des obstacles sérieux à l'action efficace de la médecine moderne. Les résultats de celle-ci sont perpétuellement remis en question par les causes originelles qui n'ont pas été entre temps extirpées du milieu.

Autrement dit, il apparaît illusoire de médicaliser à outrance si par ailleurs l'état sanitaire et social est tel que toute espèce de soins s'y avère inefficace.

A un certain degré de développement social et sanitaire semble donc correspondre un degré de développement de la médecine au-delà duquel les apports supplémentaires de celle-ci se révèlent

.../...

pratiquement sans valeur.

Tel est le raisonnement de ceux qui proclament la primauté de la prévention sur la médicalisation.

De même l'institution dans un pays en voie de développement comme la CHINE, d'un système de "médecins aux pieds nus" semble procéder de la même analyse.

A bien des égards donc, cette constatation s'applique à la REUNION : les causes -les fléaux sanitaires et sociaux- n'ayant pas été supprimées, les effets -les maladies- réapparaissent sans cesse.

Il en est notamment ainsi des parasitoses intestinales. Celle-ci, malgré des dépenses de toutes sortes, consultations médicales, hospitalisations, examens biologiques et nombreux médicaments, connaît pendant fort longtemps une recrudescence que rien ne semblait devoir arrêter. Si actuellement cette dernière est stoppée, il est bien difficile d'en attribuer le premier rôle au système de soins en général ou au T.P.S.S. en particulier.

Très exactement ce mérite revient à l'action de prévention sanitaire et sociale menée par l'A.R.E.S.S.

Du reste, sur ce plan, au même titre que le F.A.S.O., l'A.R.E.S.S représente une organisation adaptée aux problèmes du département et s'affirme par conséquent comme un modèle à la fois efficace et exemplaire.

Pour ce qui est de la distribution des soins, il n'existe pas d'exemple équivalent. Bien au contraire, l'A.M.G. et le T.P.S.S. qui en réalité déterminent cette distribution, s'avèrent inefficaces.

.../...

Pourtant, la législation avait prévu la création, sous l'égide des collectivités locales et des C.G.S.S., de centres de diagnostic et de soins.

Un peu tard, trop tard peut-être, les deux premiers centres vont prochainement ouvrir leurs portes.

Peut-être se révéleront-ils être dans ce domaine l'organisation modèle ?

B - Hypothèses et propositions pour une réforme du système T. P. S. S. dans le cadre de la loi du 4 juillet 1975 tendant à généraliser la S. S.

La loi n° 75-574 du 4 juillet 1975 tendant à généraliser la S.S. ambitionne de couvrir l'ensemble de la population française. A cet effet, l'article 1er prévoit qu'un projet de loi déterminant les conditions d'assujettissement des individus qui ne bénéficient pas encore de la S.S. devra être déposé au plus tard le 1er janvier 1977.

A notre connaissance un tel projet de loi n'a pas encore été déposé.

En FRANCE Métropolitaine où l'on estime que 99 % de la population bénéficie actuellement de la S.S., cette généralisation n'entraînera que des effets marginaux. Il n'en ira pas de même dans les D.O.M en général et à la REUNION en particulier où 24 % de la population (112 000 personnes) relèvent exclusivement de l'Aide Sociale.

Or, nous avons longuement démontré que cette fraction de la population s'avère être responsable de la plus grande part des dépenses

.../...

de santé dans le département. On est donc en droit de se poser les questions suivantes :

- Quelles sont les raisons exactes qui ont poussé le Gouvernement à une telle extension ?

- Quelles seront les conditions d'assujettissement des ressortissants actuels de l'Aide Médicale ?

- Quels sont les changements qu'une telle généralisation de la S.S. dans les D.O.M et plus particulièrement à la REUNION devrait susciter ?

# I - Raisons d'une telle extension et hypothèses sur la future législation

## a) - Les Raisons

Parmi le 1 % de la population métropolitaine non encore assujetti à un régime de S.S. se trouvent les bénéficiaires de l'A. M. G. Ceux-ci essentiellement des vagabonds, des bohémiens et des religieux sans emploi sont très peu nombreux. Pas plus qu'ils ne constituent aujourd'hui en Métropole la source de très grosses dépenses pour l'Aide Médicale, ils ne poseront demain de très gros problèmes au régime général de Sécurité Sociale, lequel se verra dans l'obligation soit d'intégrer directement cette nouvelle catégorie, soit de renflouer inévitablement le régime fondé à leur usage.

Ce fait explique très certainement les tièdes réactions de l'ensemble des intéressés, syndicats patronaux et ouvriers, à l'annonce d'un tel projet.

Par contre, s'agissant des D. O. M la perspective est toute différente.

.../...

En effet, les effectifs de la C.G.S.S. de la REUNION croîtront alors de 26 %, ses cotisations augmenteront d'un pourcentage bien moindre tandis que ses dépenses s'élèveront à un niveau nettement supérieur ; d'où un déficit accru pour la C.G.S.S.

L'Aide Sociale, c'est-à-dire l'Etat, se sera débarrassée élégamment du lourd fardeau que représente l'A. M. G. au détriment du régime général des travailleurs salariés !

Le même processus ne manquera pas de se réaliser dans les trois autres D.O.M.

Dans ces conditions, comment interpréter le manque de réaction de la C. N. A. M. et des organisations syndicales, si ce n'est par la méconnaissance des réalités des D. O. M ? (un total de 400 000 personnes vont bénéficier du régime sans y participer réellement).

Comment expliquer la passivité des C. A. des C.G.S.S. concernées, si ce n'est par un laxisme patent, s'agissant de la gestion de leur caisse (le système de compensation viendra à bout du déficit...).

Mais en réalité, la S.S. espèce de corps mou dans lequel quiconque peut imprimer facilement sa marque est bien mal armée quand il s'agit de se défendre contre les attaques ou les pressions émanant du pouvoir.

De même les bénéficiaires de la S.S. et leurs représentants ont pratiquement oublié que les prestations qu'ils reçoivent constituent le juste retour des cotisations qui amputent leur salaire. Ils admettent de plus en plus que ces cotisations deviennent une espèce d'impôt social prélevé électivement sur leur salaire parallèlement à l'impôt sur le revenu, et redistribué, sous forme de prestations, à d'autres catégories sociales qui ne participent pas ou très peu au système.

.../...

En fait il s'agit là d'une véritable redistribution des revenus qui d'ailleurs, en s'affirmant, prend de plus en plus l'aspect d'un véritable impôt négatif : les assistés, dans certains cas, ne bénéficient-ils pas du système de S.S. sans y participer, l'Etat jouant pour eux le rôle, si l'on peut s'exprimer ainsi, de tiers-cotisant ?

Nous touchons là au mobile profond du pouvoir, partisan de la généralisation de la S.S.

Outre le fait que la mesure apparaît dans la conjoncture actuelle comme progressiste sur le plan social tout en permettant au budget de la santé de réaliser des économies, elle s'inscrit dans une démarche plus profonde qui consiste à unifier et, sous ce couvert, à fiscaliser la S.S.

Du reste le renflouement des divers régimes déficitaires par le régime général procède également de cette démarche.

#### b) - Les hypothèses

##### b1 - L'Aide Sociale cotise au lieu et place des assistés

Nous craignons donc que la future législation portant généralisation de la S.S. soit d'autant plus désavantageuse pour le régime général qu'elle sera avantageuse pour l'Etat.

Cette inquiétude est liée notamment aux futures conditions d'assujettissement des ressortissants de l'A. M. lesquelles, selon toute vraisemblance, seront assez proches de la législation actuelle en la matière.

En effet, il existe déjà des indigents relevant de l'A. M. qui sont assujettis au régime général de la S.S. -maladie et maternité- par le biais de l'assurance volontaire instituée par l'ordonnance n° 709 du 21 août 1967 portant généralisation des assurances volontaires (décret d'application 19 avril 1968 et 24 avril 1969).

Pour bénéficier comme indigent de ce régime, il faut satisfaire aux conditions d'admission de l'assurance volontaire - ne pas relever d'un régime d'assurance obligatoire, ne pas travailler - et de l'Aide Médicale.

Celle-ci en fonction des ressources décide de prendre en charge les cotisations S.S. totalement, partiellement, ou pas du tout.

On peut se demander quelle est la portée pratique d'une telle législation.

Outre son originalité -mi assurance, mi assistance- et sa complexité -elle nécessite trois demandes au lieu d'une- elle permet avant tout, sous le couvert de cotisations dérisoires, de transférer de l'A.M vers la S.S. des personnes que l'on a le plus souvent choisies et ce dans le seul but de transférer les dépenses de l'A. S. vers la S.S.

Telles sont du moins les réalités que nous ont révélé nos recherches à la REUNION.

Il existe dans le département 3 649 chefs de famille qui bénéficient de l'"Assurance Volontaire".

Or dans la pratique il ne s'agit pas, de la part des assistés, d'une démarche réellement volontaire. Repérés par les services de l'A. M. en fonction des dépenses importantes qu'ils occasionnent ils furent ensuite influencés par l'administration pour signer leur demande d'adhésion à l'assurance volontaire.

Ainsi pour une cotisation trimestrielle de 485 F, l'A. M. a la possibilité de se décharger sur la S.S. de toute une famille nombreuse d'assistés qui lui coûtait infiniment plus...

Il est par conséquent aisé d'imaginer que le législateur aura tout simplement à étudier et à voter un projet de loi, relatif à la couverture maladie et maternité des bénéficiaires de l'A.M., qui

.../...

s'arrêtera très voisin de l'ordonnance 709 du 21 août 1967 portant généralisation des assurances volontaires.

On peut même craindre que, s'agissant des D.O.M., eu égard à la masse importante que représente l'aide médicale, le gouvernement n'aménage la législation métropolitaine en stipulant par exemple que les services de l'Aide Sociale ne seront pas tenus de verser des cotisations nominales.

Qu'ils devront seulement acquitter une somme forfaitaire évaluée :

- soit à partir des cotisations de l'ensemble des assistés,
- soit à partir des dépenses qui relevaient de l'A.M.G.

au cours des dernières années écoulées.

Cette hypothèse s'appuie sur un précédent ; lors de l'institution des Assurances Sociales Outre-Mer la loi du 13.8.54 portant extension de la S.S. avait prévu une clause du même type : l'Aide Sociale devait verser aux C.G.S.S. une somme égale à la moitié des économies qu'elle réalisait, "du fait de l'application des assurances sociales, sur la moyenne des crédits d'assistance inscrits aux budgets de ces collectivités entre le 1.1.48 et le 31.12.55".

Cette dernière solution représenterait bien entendu le pire pour la S.S. : la cotisation forfaitaire d'une part serait égale à la moitié ou à une quelconque fraction, des prestations réellement servies et d'autre part serait fixée une fois pour toute dans le temps ; autrement dit, cette cotisation forfaitaire s'allégerait tous les ans du poids des inflations inhérentes aux actes médicaux et au coût de la vie...

Enfin, on ne peut exclure l'hypothèse selon laquelle l'A. S. n'aurait plus à régler, tant pour les assistés qu'elle assurera que pour les assurés qu'elle assistera, le montant du ticket modérateur. Une telle dispense est parfaitement envisageable.

.../...

En toute logique, il suffirait d'affecter les cotisations que verserait l'Aide Sociale pour une assurance normale d'un coefficient correspondant à ce ticket modérateur.

Par exemple les cotisations dont le montant serait C laisserait en moyenne un ticket modérateur de 20 % (parfois 30 % parfois 10 %) à la charge de l'Aide Sociale. Sur le plan comptable, pour ne pas avoir à rembourser le ticket modérateur, l'A. S. devrait payer une cotisation supplémentaire de  $\frac{2C}{8}$ . Soit une cotisation globale de 1,25 C.

L'Aide Sociale verrait alors son rôle réduit à celui de tiers cotisant après avoir tenu celui de tiers payant.

A la S.S. serait confié, pour les bénéficiaires de l'A.S. quels qu'ils soient, le rôle tenu ailleurs par les mutuelles qui interviennent pour prendre en charge la quasi totalité du ticket modérateur.

Cette nouvelle fonction incombant aux caisses de S.S. créerait indiscutablement un précédent très important qui pourrait être ultérieurement étendu à d'autres catégories sociales.

Cette approche du problème ne nous paraît pas hélas utopique.

En effet le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 1972 n'a-t-il pas remis en cause le rôle du tiers payant d'une part et celui du ticket modérateur d'autre part en tant que frein des dépenses de santé <sup>(1)</sup>?

Pour nous qui pensons que l'action de la mutualité représente un facteur très important de l'accroissement des dépenses de santé et qu'il conviendrait de limiter sérieusement ses prérogatives, une telle mesure irait au contraire dans le sens d'une extension de la couverture, autrement dit, vers de nouveaux abus et gaspillages.

.../...

(1) Voir page 137.

Dans ce qui est l'orientation fondamentale de la politique générale en matière de S.S., à savoir la fiscalisation de celle-ci, ces mesures dont nous avons formulé les hypothèses nous paraissent s'harmoniser naturellement dans un tel cadre.

Après le déplaçonnement partiel des cotisations, après les charges indues les plus diverses déjà supportées par le régime général et imposées par l'Etat, la prise en charge des assistés grâce à des cotisations notoirement insuffisantes réglées par l'Etat lui-même ne constituera qu'une étape supplémentaire dans la réalisation cohérente du schéma directeur relatif à la fiscalisation de la S.S.

Le déplaçonnement intégral ou quasi intégral des cotisations sur les salaires, la constitution d'un régime unique de S.S. et la disparition progressive des cotisations versées par l'Etat achèveront la réalisation d'un tel schéma.

On sera alors très loin de l'esprit ayant présidé à la création du régime des assurances sociales. A l'esprit mutualiste créé au bénéfice des salariés on aura alors entièrement substitué la notion de solidarité nationale par l'institution d'un véritable impôt social.

Hélas on peut craindre que cette solidarité nationale ne s'exerce contre nature.

D'ailleurs n'assistons nous pas dorénavant à quelques manifestations de cette fausse solidarité ?

Ainsi, certains régimes de S.S. pauvres sur le plan de leurs ressources mais composés d'individus aisés sur le plan professionnel sont secourus par le régime général en grande partie constitué par des salariés dont le revenu mensuel est voisin de 2 500 F...

.../...

Pour l'avenir on peut redouter que ce que nous appelons impôt social soit, comme l'impôt sur le revenu des personnes physiques (I.R.P.P.) en grande partie prélevé sur les salaires.

En effet alors que dans le domaine de l'I.R.P.P. la connaissance parfaite des revenus des salariés joue en leur défaveur, au bénéfice d'autres catégories sociales, sur le plan social, c'est au contraire la méconnaissance de cet impôt par les redevables eux-mêmes qui entraîne déjà et entraînera davantage encore une imposition plus lourde.

Chez les salariés cet impôt est prélevé à la source, de façon quasi inapparente et indolore. Ils possèdent une conscience tout à fait imprécise de leur salaire brut et ignorent la plupart du temps la part patronale de cet impôt laquelle, malgré son nom, n'en représente pas moins un aspect réel du salaire.

#### Problèmes Réunionnais inhérents à ce changement

24 % de la population grossiront les effectifs de la C.G.S.S. et plus particulièrement le système du T.P.S.S lequel comportera théoriquement, si rien ne change par ailleurs, 59 % de la population.

Cette fusion n'ira pas sans poser de gros problèmes et de sérieuses difficultés tant sur le plan de l'organisation de la C.G.S.S. que sur celui de sa gestion et de son déficit.

En fait, de la teneur exacte de la future législation, dépend en grande partie la distribution des soins dans le département. Selon que telle hypothèse soit vérifiée plutôt que telle autre, c'est le système du T.P.S.S. qui devrait logiquement s'en trouver modifié. Aussi allons nous essayer d'analyser au niveau Réunionnais les hypothèses retenues :

- les bénéficiaires del'A.M.G. sont assurés par l'Aide Sociale

.../...

Rien ne change par ailleurs, le ticket modérateur reste à la charge de l'Aide Sociale.

- les bénéficiaires de l'A.M.G. sont assurés par l'Aide Sociale, y compris pour le ticket modérateur.

- l'application de la nouvelle législation entraîne à la REUNION un réaménagement du T.P.S.S.

b2 - Les bénéficiaires de l'A.M.G. seront assurés par l'Aide Sociale qui règlera elle-même le ticket modérateur

Sur le plan du droit nous ne voyons pas de difficultés majeures ; la nouvelle législation permet de conserver par ailleurs le système actuel pour l'ensemble couverture médico-sociale distribution des soins en vigueur dans le département :

- les commissions d'admissions à l'Aide Médicale garderont pratiquement toutes raisons de subsister sous leur forme actuelle : elles auront pour mission d'admettre les assistés-assurés au bénéfice de l'A.M. afin que l'A.S. puisse prendre en charge d'abord leurs cotisations et ensuite, de même qu'elle le fait aujourd'hui pour les assurés assistés, leur ticket modérateur.

Il est vraisemblable que dans cette situation rien de fondamental ne sera modifié au niveau de la composition des commissions d'admissions dont nous avons établi ailleurs la critique (1).

Le fait que la C.G.S.S. devienne l'assureur des assistés ne lui donnera pas sur le plan légal un droit de regard sur l'admission à l'A.S.

Dans la pratique, les abus dont sont responsables les commissions ne manqueront pas de croître surtout si, comme nous le pensons, les cotisations dérisoires au regard des dépenses occasionnées par les bénéficiaires de l'A. M. G., incitent leurs membres à se montrer plus généreux encore.

(1) Voir page 106

- le T. P. S. S. A côté de ces 165 000 assurés-assistés le système verra ses effectifs croître de 112 000 bénéficiaires que l'on pourrait nommer assistés-assurés. Tout le service administratif devra être réorganisé. Les frais de gestion s'alourdiront considérablement. De même ceux du contrôle médical qui recrutera de nouveaux praticiens.

- La liaison S.S.-Aide médicale

Selon le devenir de cette liaison la croissance des dépenses de santé dans le département sera plus ou moins accélérée par la législation future.

A ce niveau deux hypothèses sont permises :

1 - On considérera que le règlement départemental de l'Aide Médicale doit continuer à s'appliquer aux assistés-assurés en ce qui concerne notamment le choix des praticiens, leurs soins spécialisés, <sup>(1)</sup> les tarifs de remboursement, le contrôle pharmaceutique et les conventions passées avec les praticiens <sup>(2)</sup>.

Nous avons mis en évidence le rôle de frein joué par le règlement départemental en comparant les dépenses de l'A.M.G. à celle du T.P.S.S. On se félicitera donc d'une telle mesure.

2 - On estimera que le règlement départemental rédigé à l'intention de l'A.M.G. est caduc. Les assistés-assurés n'y seront plus soumis, les conventions avec les praticiens ne seront pas renouvelées.

La liaison S.S.-Aide Médicale actuellement en vigueur à la REUNION et dont on a vu la propension à accroître les dépenses de santé concernera alors 277 000 individus !

Le département connaîtra une accélération très vive des dépenses de santé.

.../...

(1) Voir page 132

(2) Voir page 133 à 135

Pour illustrer cette idée rappelons simplement que du fait de la disparition de l'actuel règlement départemental de l'A.M. les bénéficiaires actuels de l'A.M.G. verront leur consommation d'actes médicaux s'aligner sur celle des bénéficiaires du T.P.S.S., c'est-à-dire passer de 4,2 actes par individu et par an à 4,5 <sup>(1)</sup>.

De même le coût moyen de leur ordonnance évoluera en franc 1975 de 76 F à 98 F <sup>(2)</sup>.

En outre les conventions en vigueur entre les services de l'Aide Sociale et divers praticiens <sup>(3)</sup> au bénéfice de l'A.M.G. étant caduques, les abattements des honoraires consentis par les médecins, les dentistes et les biologistes n'auront plus cours, pas plus d'ailleurs que la convention sur la tarification des actes de biologie.

Par voie de conséquence, l'Aide Sociale subira sur le ticket modérateur, si toutefois celui-ci reste à sa charge, l'effet de ces hausses.

Par contre, les grands bénéficiaires se trouveront parmi les professions de santé qui verront leur production et leurs tarifs croître...

Les 59 % de la population représentant ce que nous avons appelé le T.P. (T.P.S.S. + A.M.G.) consommeront par conséquent plus de soins encore dans un tel système qu'ils n'en consomment actuellement.

#### Cas des D. O. M Antillais et Guyannais

Dans ces D.O.M est appliquée la Maison S.S.-A.M qui aligne sensiblement les dépenses des assurés-assistés sur celles des assistés purs.

Avec la disparition du règlement, il n'existerait pas plus pour les assurés-assistés que pour les assistés-assurés de référence à cette réglementation.

(1) Voir tableau page 140

(2) Voir tableau page 145

(3) Voir page 133

L'accroissement des dépenses de santé deviendrait donc encore plus important dans les autres D.O.M. qu'à la REUNION.

b3 - Les bénéficiaires de l'A.M.G. seront assurés par l'A.S.

y compris pour le ticket modérateur

Cette solution présenterait l'avantage pour l'Aide Sociale de ne plus participer au remboursement des soins et s'inscrirait assez bien dans la logique de la loi du 4 juillet 1975.

Néanmoins pour que cette hypothèse soit cohérente, il faudrait que l'Aide Sociale se décharge également du ticket modérateur de 20 % relatif à certaines hospitalisations (inférieures à 30 jours ou dont l'acte chirurgical est inférieur à K 50).

Reprenons l'idée émise précédemment <sup>(1)</sup> selon laquelle la prise en charge d'un ticket modérateur moyen de 20 % des assistés-assurés par la Sécurité Sociale se traduirait pour l'Aide Sociale par une cotisation majorée de 25 % par rapport à la cotisation de base C.

Cette cotisation majorée -1,25 C- s'appliquerait en toute rigueur aux soins à domicile comme à l'hospitalisation.

Il ne se poserait pas de problème majeur concernant les assistés-assurés puisque par hypothèse une telle législation serait créée à leur intention.

Par contre le code de la S.S. actuellement en vigueur ne prévoit pas ce genre de prestation pour les assurés-assistés ; le ticket modérateur ne peut être réglé que par l'A. S.

Dans cette optique, il serait donc logique que la loi donne à l'Aide Sociale la possibilité de régler aux caisses de S.S. une cotisation spéciale afin que le ticket modérateur des assurés-assistés soit, comme celui des autres bénéficiaires de l'A.S., pris en charge.

.../...

(1) Voir page 198.

Cette fraction pourrait être égale à 0,25 C ou, plus rigoureusement encore, au quart de la cotisation assurance maladie-maternité réellement versée par l'assuré et son employeur.

Une telle mesure donnerait à la S.S. le monopole des remboursements de soins.

Qu'attendre d'une telle hypothèse sur le plan pratique ?

Le transfert des charges de l' A. S. vers la C.G.S.S. s'effectuerait aussi bien sur le plan de la gestion que sur celui des dépenses.

Cette solution serait encore plus onéreuse que les deux précédentes :

- On retrouverait les difficultés décrites dans les hypothèses b2-1 et b2-2.

- Le sort de la liaison S.S.-A.M. prévu par l'article L 389 du Code de la S.S. et le règlement départemental A. M. serait très vraisemblablement, comme dans le cas b2-2, réglé négativement.

En renforçant le côté assuré des bénéficiaires, il deviendrait difficile, eu égard au Code de S.S. et à la convention nationale des médecins, d'appliquer les dispositions relatives au choix des praticiens aux soins spécialisés et aux tarifs.

- Enfin dans cette éventualité la caisse assurerait 100 % des prestations en échange des cotisations nominales ou forfaitaires majorées.

Notre postulat selon lequel les cotisations de base seront nettement insuffisantes, s'appliquerait logiquement pour la fraction couvrant le ticket modérateur.

Cette dernière hypothèse irait dans le sens de la fiscalisation de la S.S. et de l'impôt négatif que l'on instituerait dans ce domaine : les plus déshérités, ici les individus relevant de l'A. S.

au moyen de faibles cotisations verraient leurs prestations supérieures à celles des catégories sociales aisées lesquelles n'en régleraient pas moins des cotisations plus importantes.

On en arriverait donc à servir des prestations inversement proportionnelles aux cotisations...

b4 - L'application de la nouvelle législation entraîne à la

REUNION une réforme du T. P. S. S.

277 000 bénéficiaires du T.P.S.S. sur un total de 390 000 assurés ou ayants-droit, soit 71 % des ressortissants de la C.G.S.S., seront responsables de 85 % à 90 % des dossiers traités et des prestations servies.

Tels sont les principaux chiffres retenus et avec lesquels il faudra compter dès l'application de la nouvelle législation.

Leur ampleur est vraiment inquiétante et pourrait amener le C. A. de la C.G.S.S. et la Direction Départementale de la Sécurité Sociale à concevoir une réforme du T. P. S. S.

## II - Propositions pour une réforme du T.P.S.S.

Paradoxalement il nous faut négliger la solution par excellence, celle qui consisterait à procurer un emploi à chaque Réunionnais. Il ne s'agirait là que d'un vœu pieux. Il serait également peu réaliste de prétendre augmenter le nombre des salariés d'une façon sensible.

Mis à part 5 à 10 000 emplois existant potentiellement dans le projet de développement de l'agriculture il ne faut pas espérer ailleurs des débouchés tangibles.

Au contraire, les administrations possèdent un personnel pléthorique ; le nombre des employés de maison régresse du fait d'une certaine stagnation des revenus de la classe moyenne.

La suppression brutale des avantages du T.P.S.S. -dispense de l'avance des frais et exonération du ticket modérateur- semble difficilement réalisable. Ses bénéficiaires considèrent le privilège de cette situation comme un dû. Les supprimer purement et simplement aboutirait à une situation sociale explosive et aux réactions politiques les plus diverses.

Toutefois, quelle que soit la solution retenue pour le paiement des cotisations des assistés-assurés, la situation de la C.G.S.S. sera bouleversée à tel point qu'il sera possible d'agir sur les esprits afin d'obtenir une réforme du système.

a)- Mesures que le C. A. de la C.G.S.S. doit réclamer

La population, les divers syndicats des salariés et des professions de santé, les élus locaux, l'administration et le pouvoir exécutif pourraient être simultanément sensibilisés au problème.

Une solution plus avantageuse pourrait alors être dégagée.

Le fait d'informer le public sur la situation difficile à venir contribuerait à ce qu'il accepte la suppression de divers avantages dont il profite :

- inscriptions abusives ou frauduleuses sur les listes d'admissions à l' A. S.
- délivrance frauduleuse ou abusive des "bons" du T. P. S. S.

Cette information auprès des élus locaux agirait dans le même sens.

Enfin l'administration et le pouvoir exécutif alertés pourraient se préoccuper d'aménager tout d'abord le règlement départemental de l'A. S. en faveur du T.P.S.S. et ensuite, la législation en fonction des réalités des D.O.M.

.../...

Ce type d'initiative serait susceptible de faire obtenir au C. A. diverses mesures salutaires notamment :

a1 - Des cotisations qui tiendraient réellement compte de  
 l'état de santé de la population

Si l'on s'en tient aux résultats que nous avons établi, les assistés-assurés réaliseront la plus grosse consommation de soins et de journées d'hôpitaux.

Quel que soit le mode de cotisation choisi, il est nécessaire de tenir compte de cette affirmation.

Il semblerait équitable que la cotisation globale soit voisine des dépenses que l' A. S. consent dans le système actuel ; mais cette proposition est très certainement utopique.

Ecartons l'hypothèse pessimiste que nous avons énoncée plus loin, selon laquelle l' A. S. aurait la possibilité de verser des cotisations forfaitaires, voire symboliques.

En réalité les cotisations pourraient être identiques à celle de l'assurance volontaire (485 F par trimestre).

Emettons donc une suggestion optimiste :

Compte tenu du niveau des dépenses occasionnées par ces assistés nouvellement assurés, la législation devrait être aménagée Outre-Mer et prévoir l'application sur les cotisations métropolitaines d'un coefficient de majoration qui rendrait la participation de l'A.S. plus conforme à ses obligations.

Cette décision aurait l'avantage d'une part d'augmenter les recettes de la C.G.S.S. afférentes au T.P.S.S. et d'autre part de rendre les services de l' A.S. vigilants au moment de l'admission des candidats.

.../...

a2 - La modification de la composition des commissions  
d'admission

Sur le plan du droit rien ne permet de prévoir une modification de la composition de ces commissions.

Sur le plan des faits et des réalités des D.O.M, et notamment au vu de la situation inquiétante qui sera créée à la REUNION, le règlement départemental de l' A. M. pourrait préciser que les commissions d'admission devraient obligatoirement comprendre, outre les 5 représentants actuels, un administrateur et un agent de direction de la C.G.S.S. Ceux-ci seraient les garants de l'intégrité des décisions prises; leur présence contribuerait à la diminution des abus d'inscription sur les listes.

a3 - Le maintien des dispositions qui s'appliquaient à  
l'A. M. G.

Il serait nécessaire de prendre en compte le nombre élevé des assistés et les difficultés de la C.G.S.S. et pour cela d'exiger dans un futur règlement départemental de l'A. M. que soit maintenu quel que soit le mode de cotisation choisi, les dispositions qui étaient appliquées aux assistés purs. Celles-ci portaient, rappelons le, sur le choix des praticiens, sur les soins spécialisés le contrôle pharmaceutique et sur la conclusion de convention et de tarifs spéciaux.

Il serait possible d'obtenir que les caisses continuent de bénéficier de telles dispositions en vertu de l'article L 389 du code de la S. S.

Du reste, si la C.G.S.S. de la REUNION n'a jamais profité d'un tel avantage, les caisses des ANTILLES ont toujours appliqué ces dispositions.

.../...

a4 - L'adaptation de la législation sociale métropolitaine aux  
réalités des D. O. M

Cette possibilité permettrait d'éviter que ne se perpétuent les rentes de situation et toutes les situations paradoxales que nous avons déjà évoquées. Le projet concernant certaines spécialités pharmaceutiques pour lesquelles le ticket modérateur passerait à 60 % afin de freiner leur consommation, nous fournit un autre exemple.

A la REUNION où cette consommation est réellement abusive au niveau du T. P., cette mesure ne sera suivie d'aucun effet puisque intervient l'exonération du ticket modérateur.

b) - Mesures que le C. A. de la C.G.S.S. et la Direction  
Départementale de la Sécurité Sociale devront prendre

Afin de réaliser une réforme profonde du T.P.S.S. il serait souhaitable que le C.A. de la C.G.S.S. obtienne la collaboration et l'appui actif de la Direction Départementale de la S. S. Trois mesures essentielles permettraient de ramener le T.P.S.S. dans des limites raisonnables :

b1 - Suppression du bénéfice du système T.P.S.S. de tous les  
assistés pour ordre (60 000 personnes environ)

Mais afin de "dégraisser" suffisamment les effectifs du système, cette mesure ne serait pas un acte isolé, elle toucherait également les plus aisés des assurés-assistés.

b2 - Suppression du tiers-payant médical

Cette mesure tout à fait naturelle ne constituerait pas autre chose qu'un retour à la légalité décrétée, nous l'avons vu, par le Conseil d'Etat.

Elle pourrait également s'étendre à certaines prestations dentaires, notamment les consultations.

La disparition du tiers payant médical constituerait une mesure excellente qui freinerait l'ensemble des dépenses de santé.

Elle limiterait l'appel au médecin, l'installation de nouveaux praticiens et les prescriptions qui s'en suivraient.

Cette mesure serait en outre d'autant plus aisée à prendre que les médecins Réunionnais possédant pour la plupart une clientèle pléthorique ne devraient pas opposer de vives réactions.

b3 - Création des centres de diagnostic et de soins obéissant à une finalité précise

La création de ces centres serait accélérée afin que chaque commune en possède au moins un.

Leur C.A. devrait comprendre outre les élus locaux, un administrateur, un agent de direction et le médecin-chef du Contrôle Médical de la C.G.S.S, ou un praticien-conseil le représentant.

Chacun se composerait :

- de médecins généralistes
- d'un radiologue
- d'un dentiste
- d'infirmiers
- d'un biologiste
- d'une pharmacie.

Toutefois, la création d'une officine dans un centre ne pourrait intervenir que dans la mesure où existerait dans la commune la possibilité de créer trois officines par la voie normale.

Elle devrait disparaître dès qu'une seule création resterait disponible.

La priorité pour exercer dans le centre serait donnée aux praticiens déjà installés dans l'agglomération.

Dès que dans une agglomération un centre de diagnostic et de soins deviendrait fonctionnel <sup>(1)</sup> obligation pourrait être faite à ses habitants pour pouvoir bénéficier du T.P.S.S. -excepté le tiers payant médical qui aurait disparu- de consulter soit les praticiens du centre, soit les praticiens libéraux qui auraient signé avec la C.G.S.S. une convention.

Aux adversaires d'un tel projet qui invoqueraient le non respect du libre choix de l'assuré on pourrait avancer les deux remarques suivantes :

- En droit, ces contraintes ne sont pas en contradiction formelle avec l'article L 389 du code de la S.S. lequel prévoit que les assurés assistés peuvent être soumis aux mêmes obligations que les assistés.

- Le fait coutumier en vigueur à la REUNION ne serait pas bouleversé pour autant <sup>(2)</sup>.

Dans de tels centres les praticiens devraient percevoir un salaire de base et une somme à l'acte pour les actes pratiqués à l'intérieur d'une certaine fourchette allant, par exemple, de 20 à 50 clients par jour.

Les limites de la fourchette seraient fixées de telle façon que les praticiens soient intéressés par leur consultation sans pour autant rechercher une productivité effrénée .

.../...

- (1) A la REUNION, les communes les plus importantes possèdent chacune 2 ou 3 agglomérations, éloignées les unes des autres et qui constituent en fait autant de villages.
- (2) Sur les 16 laboratoires aux enseignes différentes, 4 des plus importants appartiennent à un premier groupe d'intérêt, 3 autres font partie d'un 2ème groupe.  
Au niveau de la pharmacie le libre choix est également réduit par le fait que la majorité des officines jouxtent un et parfois 2 cabinets médicaux.  
De même de nombreux "centres médicaux" sont constitués d'un cabinet d'infirmier et d'un cabinet médical.

Les centres de diagnostic et de soins, organismes à but non lucratif, seraient contraints de réaliser des bénéfices qu'ils devraient réinvestir obligatoirement dans une action sanitaire et sociale en faveur des ressortissants de leur commune.

Pour l'avenir, nous pouvons souhaiter que les hypothèses formulées au sujet de la prise en charge des assistés et les propositions avancées en faveur d'une réforme du T. P. S. S. s'avèreront être pessimistes et timides au regard des mesures qui seront finalement adoptées.

oooooOooooo



ANNEXES



RÈGLEMENT DIRECT ET CONVENTION AVEC LE DÉPARTEMENT

## PROTOCOLE D'ACCORD

Entre le Département de la R E U N I O N  
et la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la REUNION

pour le paiement direct des soins médicaux et pharmaceutiques aux Médecins, Dentistes, Sages-Femmes, Auxiliaires Médicaux, Pharmaciens et fournisseurs par la Caisse Générale pour les assurés assistés.

Entre le département de la REUNION, représenté par M. le Préfet PERREAU PRADIER, d'une part,

et la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la REUNION, représentée par son Président, M. Pierre ROSSOLIN, dûment mandaté, d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit :

Le Département de la Réunion et la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion constatant les difficultés éprouvées par les assurés sociaux à faire dans certains cas l'avance des sommes nécessaires au règlement immédiat des honoraires médicaux ou des produits pharmaceutiques qui leur ont été prescrits.

Dans le but de remédier à cette situation, en se référant :

a) à l'article 57 du Règlement type d'aide médicale pour les départements d'Outre-Mer, fixé par l'arrêté ministériel du 14 février 1957,

b) à l'article 86 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 stipulant que les assurés sociaux bénéficiaires de l'aide médicale ont droit aux mêmes prestations en nature que les autres assurés sociaux,

Les signataires du présent protocole d'accord décident que la Caisse Générale paiera directement aux praticiens et aux pharmaciens les frais médicaux et pharmaceutiques dans les conditions définies aux articles suivants :

Article 1er

Le paiement direct est applicable aux seuls assurés sociaux ou à leurs ayants-droit bénéficiaires de l'Aide Médicale ou inscrits sur une liste de l'aide médicale.

.../...

Article 2

Tous les assurés sociaux assistés, qu'ils réglient ou non une participation aux praticiens ou aux pharmaciens, peuvent bénéficier pour eux-mêmes ou leurs ayants-droit, tels qu'ils sont définis à l'article 285 du Code de la Sécurité Sociale, du présent protocole d'accord.

Article 3

a) Le paiement direct est applicable à tous les praticiens (médecins, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux autorisés à dispenser leurs soins aux assurés sociaux) et aux praticiens (y compris les fournisseurs).

b) en aucun cas, les dispositions du présent protocole d'accord ne pourront avoir pour effet de limiter le libre choix des bénéficiaires de la Sécurité Sociale.

Article 4

Les bureaux municipaux d'Aide Médicale et les correspondants locaux de la Caisse Générale de Sécurité Sociale remettront à chaque malade deux bons, l'un de couleur rose destiné au règlement de la participation de la Caisse Générale de Sécurité Sociale, l'autre de couleur blanche, destiné au règlement de la participation du service de l'Aide Médicale.

Le bon rose ne pourra être honoré par la Caisse Générale que si les droits du malade ont été "ouverts" préalablement à sa présentation au praticien ou au pharmacien par le correspondant local. Ce dernier apposera son cachet après avoir procédé à "l'ouverture" des "droits" sur le vu des bulletins de salaire ou d'une attestation équivalente, des pièces d'état civil pour les ayants-droit et de la carte d'immatriculation.

Le bon blanc sera honoré directement par le service de l'aide médicale. Lorsque les droits du malade aux prestations de la Sécurité Sociale ne seront pas "ouverts", la mention spéciale "droits non ouverts" sera portée sur les trois volets du bon blanc, par le correspondant local de la Sécurité Sociale, le bon blanc "droits non ouverts" sera considéré comme un bon ordinaire d'assisté non assuré social et les conditions de délivrance et d'utilisation de ce bon seront elles en vigueur pour l'Aide Médicale.

Article 5

Les praticiens et les pharmaciens se trouveront en présence de deux cas :

a) l'assuré social assisté règle la totalité du montant du ticket modérateur,

b) l'assuré social assisté ne règle pas la totalité du montant du ticket modérateur,

Dans le premier cas et en application de l'article 4 ci-dessus, l'assuré social assisté présentera un bon rose. Les praticiens

et pharmaciens percevront le ticket modérateur de 20 % et transmettront le bon rose à la Caisse Générale de Sécurité Sociale, pour règlement.

Dans le second cas, le malade présentera un bon rose et un bon blanc. Les praticiens et pharmaciens percevront éventuellement la participation laissée à la charge de l'intéressé et transmettront le bon rose à la Caisse Générale et le bon blanc au service de l'Aide Médicale en vue de leur règlement.

#### Article 6

La Caisse Générale remboursera 80 % du tarif de responsabilité aux praticiens. Les produits pharmaceutiques, les accessoires, articles de pansement ou d'orthopédie, remboursables par les Caisses de Sécurité Sociale, feront l'objet d'un remboursement égal à 80 % du prix de vente des médicaments (autorisés dans le département) et du tarif interministériel des prestations sanitaires.

La participation de la Caisse Générale pourra être portée à 100 % dans certains cas définis par la législation de sécurité sociale.

La participation laissée à la charge du service de l'Aide Médicale sera calculée sur la base du tarif de remboursement de ce service.

#### Article 7

Les bons roses seront transmis par les praticiens et les pharmaciens à la fin de chaque mois et au plus tard le 10 du mois suivant, directement à la Caisse Générale, accompagnée d'un état spécial en double exemplaire.

Les bons blancs "droits ouverts" seront transmis au service d'aide médicale dans les mêmes conditions que les bons blancs délivrés aux assistés non assurés sociaux.

#### Article 8

Le présent protocole d'accord est conclu pour une durée d'un an à dater du 1er août 1957. Il est renouvelable d'année en année, par tacite reconduction.

Il pourra être résilié par l'une des parties contractantes, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, au minimum 2 mois avant la date d'expiration.

Fait à ST DENIS, le 15 Juillet 1957

LE PREFET DE LA REUNION

LE PRESIDENT DE LA C.G.S.S.

PERRÉAU PRADIER

P. ROSSOLIN.

# CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

## ACCORD ENTRE LE SYNDICAT DES MEDECINS ET LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

### P R E A M B U L E

Pour permettre aux assurés sociaux et à leur famille dont les revenus sont modestes, d'obtenir cependant les soins indispensables à leur état de santé, il a été institué un système de Tiers-Payant qui évite à ces assurés de faire l'avance des frais.

Il est bon de souligner à ce sujet que le régime français de Sécurité Sociale avait prévu, pour concilier les problèmes sociaux et financiers de l'institution, deux freins à la consommation médicale, l'avance des frais par l'assuré et sa participation aux dépenses.

Ces dispositions, difficilement applicables à la Réunion ont été détournées et la Caisse Générale applique actuellement un système non prévu par la législation (tiers-payant).

Il est constaté que le montant des dépenses médicales Tiers-Payant augmente à cette rubrique régulièrement. Aussi et pour permettre à la Caisse Générale de s'assurer que cette augmentation des dépenses correspond à une amélioration de la qualité des soins et éviter toutes possibilités d'abus, il est indispensable de rendre plus efficace le contrôle médical des bénéficiaires du tiers-payant.

Un accord doit donc être conclu entre la Caisse Générale et le Syndicat des Médecins. Il est également opportun de rappeler au préalable certaines dispositions légales et réglementaires.

### Article 257 du code de la sécurité sociale

"L'assuré choisit librement son praticien. Les consultations médicales sont données au domicile du praticien sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état".

Un décret du Conseil d'Etat détermine les conditions dans lesquelles sont constatés les soins et les incapacités de travail.

### Article 258 du code de la Sécurité Sociale

"Les médecins sont tenus dans toutes leurs prescriptions d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement".

Article 18 du décret du 12 mai 1960

"Les conventions visées à l'article 2 déterminent les natures d'activité compatibles avec la qualité des soins requise par l'article du code de déontologie médicale. Ces normes applicables en dehors de cas d'épidémie ou d'urgence correspondent aux usages constants d'un exercice loyal de la profession..."

Article 2 de la convention signée le 18.2.66 entre la Caisse Générale de Sécurité Sociale et le Syndicat Départemental des Médecins :

"Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 4 du code de déontologie les médecins signataires de la présente convention s'engagent hormis les cas d'épidémie ou d'urgence, à maintenir leur activité dans les limites des normes maxima figurant en annexe à la dite convention ou, à défaut, celles en vigueur dans les conditions prévues à l'article 18 du décret du 12 MAI 1960."

Annexe à l'article 2 de la convention

"Les médecins s'engagent à pratiquer vis-à-vis des assurés sociaux une médecine de qualité. Ils doivent aux malades, soins consciencieux éclairés, attentifs, prudents et conformes aux données acquises de la science.

Par analogie avec la réglementation hospitalière le plafond du nombre des actes médicaux au cabinet du praticien peut être estimé à 6 à l'heure (moyenne hebdomadaire appréciée sur plusieurs mois)".

Entre

La Caisse Générale de Sécurité Sociale de la REUNION, représentée par Monsieur MANCIET Ernest, Président du Conseil d'Administration dûment mandaté,

Et

Le Syndicat des Médecins de la REUNION représenté par le Docteur Claude HAUDIQUET, dûment mandaté.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Le régime du Tiers-Payant institué en faveur de certains assurés sociaux par le protocole d'accord du 15 juillet 1957 est maintenu.

.../...

## Article 2

Pour toutes prescriptions de repos ou prolongation qui entraînent un arrêt de travail d'une durée supérieure à 12 jours, le médecin traitant devra transmettre dans les 48 heures au Contrôle Médical de la Caisse Générale de Sécurité Sociale une carte-lettre d'avis d'arrêt de travail en indiquant succinctement son diagnostic ou la codification correspondante. Cette carte-lettre restera au Contrôle Médical et ne sera pas communiqué aux Services Administratifs.

## Article 3

Pour tous les assurés sociaux, les médecins indiquent sur un formulaire spécial les prescriptions de soins par auxiliaires médicaux et précisent si ceux-ci doivent être faits au domicile du malade.

## Article 4

La délivrance de bons Tiers-Payant Sécurité Sociale aux assurés sociaux bénéficiaires ou non de l'exonération du ticket modérateur et dont les droits à la Sécurité Sociale sont reconnus : couverts s'effectuera sans limitation de nombre et aux heures d'ouverture des bureaux de la Mairie.

## Article 5

Les médecins s'engagent à ne pas demander d'honoraires aux bénéficiaires des "bons roses" pour toutes consultations ou visites. Dans tous les autres cas, les tarifs prévus par la convention (décret du 12 MAI 1960) seront scrupuleusement respectés par tous les médecins.

## Article 6

La Caisse s'engage à verser le montant des sommes dont elle est redevable avec régularité et dans les moindres délais, les médecins s'engagent à respecter la présentation demandée par la Caisse pour les mémoires qui seront établis sur des imprimés fournis par elle.

## Article 7

Il est institué une commission d'étude composée de :

- 1 administrateur
- 1 agent de direction
- 1 médecin-conseil

et de 3 médecins.

Elle sera chargée de l'étude des résultats enregistrés par la section "Entente Directe" (nombre d'actes, montant des ordonnances...) et de l'examen de toutes les difficultés nées du présent accord.

.../...

### Article 8

La Caisse Générale de Sécurité Sociale sur avis de la Commission instituée à l'article précédent pourra soit saisir la Commission prévue à l'article 2 du décret du 12 mai 1968, soit prononcer l'exclusion temporaire ou définitive du praticien du Régime du Tiers-Payant. Toutefois, semblables décisions ne pourront être prises que si plusieurs avis défavorables ont été donnés par la Caisse au praticien.

### Article 9

Le présent accord est conclu pour une durée d'un an. Il est renouvelable d'année en année par tacite reconduction. Il peut être résilié par l'une des parties contractantes par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins deux mois avant la date d'expiration annuelle. Il pourra également être résilié en cas de non observation généralisée de ses dispositions.

Le présent protocole n'est applicable qu'aux médecins affiliés au Syndicat Départemental signataire de cet accord. Pour les praticiens non syndiqués, la Caisse Générale se mettra directement en rapport avec eux.

Fait à Saint-Denis, le 10 janvier 1970

Le PRÉSIDENT du Conseil d'Administration  
de la Caisse Générale de Sécurité Sociale,

T. MAIGRET

Le PRÉSIDENT du Syndicat  
des Médecins de la SEINE-SAINT-DENIS

C. FREDERUXT.

COPIE

ACCORD ENTRE LE SYNDICAT DES PHARMACIENS  
ET LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

-----

Entre

La Caisse Générale de Sécurité Sociale, représentée par son Président  
et

Le Syndicat des Pharmaciens de la Réunion, représenté par son Président

Il est convenu ce qui suit :

Article 1. Le régime du tiers-payant institué en faveur de certains assurés sociaux par le protocole d'accord du 15 juillet 1957 est maintenu dans ses principes.

Article 2. Le présent accord a pour objet de définir les responsabilités des parties en cause.

Article 3. Les bénéficiaires du régime du tiers-payant ont l'entière liberté de s'adresser au fournisseur de leur choix.

Les feuilles de soins, dites "bons roses" ne pourront être honorées par la Caisse Générale de Sécurité Sociale que si les droits ont été ouverts préalablement à sa présentation au pharmacien, par le correspondant local de la Caisse.

Dès lors que le correspondant local a apposé son timbre et sa signature, le bon rose réunit les conditions d'ouverture de droits lui permettant d'être honoré et par le pharmacien et par la Caisse.

Le bénéficiaire d'une feuille de soins a le devoir de se soumettre aux divers contrôles demandés par la Caisse. En cas de refus de la part de l'assuré de se rendre au contrôle médical de la sécurité sociale, le pharmacien ne pourra être tenu pour responsable.

Article 4. Le pharmacien ne devra faire aucune discrimination entre un assuré social payant et un assuré bénéficiaire du tiers-payant.

.../...

Il s'engage à réclamer dans tous les cas la participation laissée à la charge de l'assuré bénéficiaire du bon rose.

Il est entendu que le rôle du pharmacien se borne à exécuter les ordonnances selon les règles. Il n'a pas qualité pour contrôler et discuter la qualité du médecin prescripteur et le bien fondé de la prescription dans la mesure où celle-ci est conforme aux dispositions du Code de la Santé Publique.

Article 5. Conformément à la réglementation, le pharmacien ne servira les ordonnances que pour une durée de traitement de 30 jours au maximum. Si le médecin prescripteur l'a indiqué de façon explicite, le traitement pourra être renouvelé pour une ou plusieurs périodes identiques.

Chaque renouvellement sera effectué sur présentation par l'assuré d'une nouvelle feuille rose "pharmacie", sur laquelle seront reportées les prescriptions initiales avec la mention "1er, 2ème ou 3ème renouvellement".

Article 6. Lorsque l'ordonnance concerne un malade bénéficiaire de l'article 293 du Code de la Sécurité Sociale (affection de longue durée), ou lorsqu'elle est d'un montant supérieur à 300 F, ou lorsqu'elle concerne un assuré social contraint d'interrompre son travail sur prescription médicale, le pharmacien transmettra directement au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, le double de l'ordonnance en indiquant les nom et prénoms du malade et le numéro d'immatriculation de l'assuré.

Toute substitution de médicaments est interdite, sauf accord écrit du médecin.

Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est présentée sous plusieurs conditionnements, le pharmacien est tenu de livrer le conditionnement le plus approprié à la posologie. Il doit délivrer le nombre de conditionnements nécessaires à la durée du traitement prescrit par le médecin même si ce dernier a prescrit un nombre de conditionnements supérieur.

Le pharmacien ne peut tarifier que les produits et spécialités agréés par la Sécurité Sociale. Pour tous les produits comportant une vignette, celle-ci sera retirée par les soins du pharmacien et collée sur l'ordonnance présentée au remboursement. Ne seront pas remboursés les médicaments pour lesquels les vignettes n'auront pas été fournies.

Les préparations galéniques, les pansements et accessoires et autres produits agréés ne comportant pas de vignette seront signalés par l'apposition de la mention "TDN" (tarif pharmaceutique national).

Article 7. La délivrance des produits de pansement et accessoires inscrits au Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires "TIPS") est autorisée. En l'absence de précisions de la part du médecin, le pharmacien ne devra délivrer que le petit modèle.

Article 8. Les analyses pouvant être effectuées par les pharmaciens sont codifiées conformément à la réglementation. Aucune analyse ne peut être prise en charge si elle n'a pas préalablement fait l'objet d'une prescription médicale précise.

Article 9. Les frais pharmaceutiques sont réglés sur la base du tarif pharmaceutique national, affecté d'un coefficient de majoration fixé par le Préfet.

Article 10. Les bons roses seront transmis à la fin de chaque mois et au plus tard le 15 du mois suivant, directement à la Caisse Générale de Sécurité Sociale accompagnés d'un bordereau établi en deux exemplaires.

Le pharmacien devra respecter la présentation demandée par la Caisse Générale pour les bordereaux qui seront fournis par elle.

Pour éviter des retards dans la liquidation, des bordereaux séparés seront établis pour les ordonnances supérieures à 300 F.

Sur chaque bon rose, le pharmacien indiquera clairement le prix des médicaments dans l'ordre des prescriptions et collera, autant que possible, les vignettes dans le même ordre.

Les bons litigieux seront retournés au pharmacien pour régularisation, sans que ces retours fassent obstacle à la liquidation du reste du mémoire.

#### Article 11. CONTROLE ET SANCTIONS

Il est institué une commission paritaire composée de :

- 1 administrateur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale
- 1 agent de direction
- 1 praticien-conseil
- 3 pharmaciens désignés par le Syndicat.

Cette commission sera chargée de l'examen de toutes les difficultés nées du présent accord

En cas de manquement aux dispositions de l'accord, un avertissement sera adressé au pharmacien par la Caisse Générale.

En cas de récidive ou en cas de manquement grave, la Caisse Générale, après avis de la commission paritaire, pourra prononcer l'exclusion temporaire ou définitive du régime du tiers-payant.

.../...

Toute sanction frappant un pharmacien poursuivi pour infraction aux dispositions générales de la Sécurité Sociale entraînera automatiquement son exclusion du régime du tiers-payant.

Article 12. DUREE DE L'ACCORD

Le présent accord est conclu pour une durée d'un an.

Il se renouvellera d'année en année par tacite reconduction/  
Il peut être résilié par l'une des parties contractantes par lettre recommandée avec accusé de réception adressée, au moins deux mois avant la date d'expiration annuelle.

Fait à Saint-Denis, le 29 août 1975.

Barème indicatif des participations à l'Aide Médicale  
en vigueur au 15 AVRIL 1976

| Revenu familial<br>annuel | Participation Aide Médicale |                                         |                                      |                                         |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
|                           | A domicile                  |                                         | Hospitalisation                      | Interruption<br>volontaire<br>grossesse |
|                           | Assistés                    | Assurés<br>Assistés                     |                                      |                                         |
| 0 à 3 600 F               | Gratuit                     | Gratuit                                 | Gratuit                              | Gratuit                                 |
| 3 600 F à 6 300 F         | 5 %                         | 5 %                                     | Gratuit                              | Gratuit                                 |
| 6 300 F à 6 800 F         | 10 %                        | 10 %                                    | Gratuit                              | Gratuit                                 |
| 6 800 F à 7 200 F         | 20 %                        | 20 %                                    |                                      | Gratuit                                 |
| 7 200 F à 8 900 F         | 25 %                        | 25 %                                    | A l'appréciation<br>de la commission | Gratuit                                 |
| 8 900 F à 9 600           | 30 %                        | Rejet<br>mais béné-<br>ficiaire<br>T.P. | A l'appréciation<br>de la commission | 30 %                                    |
| 9 600 F à 10 400 F        | 40 %                        | Rejet                                   | "                                    | 40 %                                    |
| 10 400 F à 11 200 F       | 50 %                        | Rejet                                   | "                                    | 50 %                                    |
| plus de 11 200 F          | Rejet                       | Rejet                                   |                                      | Rejet                                   |

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Code de la S.S. (Dalloz)
- 2 - Organisation Générale de la S.S. : Cours des Cadres de l'Union des Caisses Nationales de S. S.
- 3 - Economie et Santé par le Professeur G. BROUN
- 4 - Conclusions générales du rapport du Conseil Economique et Social du 19 janvier 1974 sur les problèmes posés par la S.S.
- 5 - Arrêté du 29 octobre 1971 (JO du 31 octobre 1971) portant approbation de la Convention Nationale des Médecins.
- 6 - Application de la S.S. aux départements français d'Outre-Mer (Charles VIATTE - Sécurité sociale et prestations familiales n° 3 décembre 1949).
- 7 - Sécurité Sociale et D.O.M (Charles VIATTE : Droit Social avril 1958)
- 8 - Sécurité Sociale dans les D.OM (Droit Social - mai 1958).
- 9 - Statuts de la C.G.S.S.
- 10 - Rapports d'activités de la Direction de la C.G.S.S. années 1962, 1969, 1970, 1971.
- 11 - Rapport d'activités de la Direction Départementale de la Sécurité Sociale, année 1971.
- 12 - Rapports d'activités, années 1968, 1969, 1970, du Contrôle Médical de la C.G.S.S.
- 13 - Rapport d'Information fait au nom de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, à la suite de la mission effectuée pour l'étude de divers problèmes d'ordre social et sanitaire qui se posent à la REUNION(1972).
- 14 - "La Régulation des naissances à l'Ile de la REUNION" (Rapport de Mission de 1976 par le Docteur PIEROTTI de l'Ecole Nationale de la Santé Publique).
- 15 - "A propos de la Sous nutrition à l'Ile de la REUNION" (Thèse de doctorat en médecine soutenue en 1974 par MARK Thierry).
- 16 - F.A.S.O mémoire de Maryse MIALHE (Union des Caisses Nationales de S.S.).

.../...

- 17 - Procès-verbal de la Commission du Tiers-Payant de la C.G.S.S. du 12 octobre 1972.
- 18 - "Tiers-Payant et délégations de paiement pour les prestations pharmaceutiques et biologiques" (Thèse de doctorat d'université en pharmacie soutenue le 27 juin 1975 par Laure TURQ).
- 19 - Mémoire sur le Tiers-Payant à la REUNION par GIGANT Pierre (Union des Caisses Nationales de S.S.).
- 20 - Rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 1972.
- 21 - Règlement type de l'Aide Médicale du 14 février 1957.
- 22 - Règlement départemental de l'Aide Médicale du 26 décembre 1966.
- 23 - Règlement départemental de l'Aide Médicale du 3 mai 1973.
- 24 - "Aide Sociale" (Rappels des principales dispositions relatives à la procédure d'admission - janvier 1970)
- 25 - Extraits des minutes du greffe de la Cours d'Appel de SAINT-DENIS (Séance du 12.12.1968).
- 26 - Délibérations du Conseil Central de l'Ordre des Pharmaciens réuni le 11 janvier 1971 et constitué en chambre de discipline conformément aux dispositions de l'article L 538 du code Santé Publique.
- 27 - Délibérations de la Section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 14 janvier 1970.
- 28 - Rapports annuels du Contrôle Médical de l'Aide Sociale, années 1974 et 1975.
- 29 - "Rapport de mission sur les parasitoses intestinales dans l'Ile de la REUNION" Professeur LARIVIERE.
- 30 - "Evaluation de l'endémie parasitaire" Docteur H. PICOT - Directeur du Laboratoire Départemental d'Epidémiologie et d'Hygiène du Milieu

ooooOoooo

Le Président de Thèse

NANCY, le

Le Doyen de la Faculté des Sciences pharmaceutiques et biologiques

NANCY, le

Le Président de l'Université de NANCY I

NANCY, le





